

問 診 票

受付、診察の待ち時間を短くするため、この用紙にご記入の上、受付へお出し下さい。
なお、受付順と診察順が疾患、診療の内容により前後する事がありますのでご了承下さい。

ふりがな		男 ・ 女	連絡先 ()
名 前			住所 〒
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		

【1】どのような症状ですか？ □にチェックをつけて下さい。

- どちらの目ですか？ ————— □右目 □左目 □両目
- いつからですか？ ————— ()
- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 視力低下 | ☐ 疲れる | ☐ 白内障検診 | ☐ 赤い |
| ☐ ぼやける | ☐ かわく | ☐ 緑内障検診 | ☐ 痛い |
| ☐ ゆがむ | ☐ 腫れている | ☐ メガネ希望 | ☐ 目やに |
| ☐ かゆい | ☐ 涙がでる | ☐ コンタクト希望 | ☐ ゴミが入った |
| ☐ ゴロゴロする | ☐ 光が見える | ☐ 黒いものが見える | |
| ☐ その他() | | | |

【2】今までに目の病気をされたことがありますか？

- ☐はい ————— 病名() 目薬の名前()
- ☐いいえ

【3】目以外の病気はありますか？

- ☐はい ————— 高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病・肝臓病・脳疾患・
- ☐いいえ その他()

【4】服用しているお薬はありますか？ ／ お薬手帳： 有 ・ 無

- ☐はい ————— 薬の名前()
- ☐いいえ

【5】今までに薬、食べ物等でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

- ☐はい ————— アレルギーの原因()
- ☐いいえ

【6】現在コンタクトレンズを使用していますか？

- ☐はい ————— 使い捨て(☐ 1Day ☐ 2Week ☐ 1Month) ☐従来型ソフトレンズ ☐ハード
- ☐いいえ ————— ☐初めて ☐以前使用したことがある

【7】メガネをお持ちですか？

- ☐はい (□度数は合っている □合っていない) ☐いいえ

【8】当院をどこでお知りになりましたか？

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 他の病院からの紹介 | ☐ 通りがかり | ☐ 街中の広告 |
| ☐ 人づて | ☐ インターネット | ☐ ホームページ |
| ☐ その他() | | |

【9】<女性の方に伺います>

- ・妊娠していますか？ ☐はい (月) ☐可能性あり ☐いいえ
- ・授乳中ですか？ ☐はい ☐いいえ