

問 診 票

フリガナ _____

〈生年月日〉

お名前 _____ 男・女(歳) 大・昭・平・令 年 月 日

〒 _____

ご住所 _____

自宅電話番号 () _____ 携帯番号 () _____

1. 本日はどうされましたか？（下記より選択下さい）

- （ 右眼・左眼・両眼 ）が、 おおよそ（ _____ < 年・ヶ月・週間・日 > ）前頃より
- ・ものが見えにくい ・ かすむ ・ 物が二つに見える ・ 赤い ・ めやにがでる ・ 痛い
 - ・ ころころする ・ かゆい ・ 疲れる ・ 腫れている ・ かわく ・ めいぼ（めばちこ）
 - ・ 涙が出る ・ ぶつけた ・ 糸くずが飛んで見える ・ ゴミが入った ・ 検診
 - ・ その他（ _____ ）

2. 眼鏡・コンタクトレンズ作成希望の方のみご記入下さい

- ・ 眼鏡希望（眼鏡処方箋を発行します）
- ・ コンタクトレンズ希望（ハード・1dayレンズ・2weekレンズ）

※当院ではコンタクトレンズ処方箋は発行しておりません

3. 現在使用中のコンタクトレンズがあれば下記にご記入下さい

（メーカー名： _____ 種類： _____ 使用年数： _____ ）

4. 眼科にかかられたことはありますか？ はい ・ いいえ（はいの方は下記をご記入下さい）

病院名及び病名（ _____ ）

眼科での手術歴（いつ頃： _____ 手術名： _____ ）

現在使用中の眼科での目薬や内服薬（ _____ ）

5. 現在、治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ（はいの方は下記をご記入下さい）

- ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 脳疾患 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 膠原病
- ・ アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ 花粉症 その他（ _____ ）

上記治療中の病院名（ _____ ）

現在服用中のお薬名（ _____ ）

6. 今までに薬や注射でアレルギーを起こしたことがありますか？

はい ・ いいえ お薬名（ _____ ）

7. 初めて来院される方へ 当院をどのようにしてお知りになりましたか

・ 知り合いから（ご紹介者のお名前： _____ ）

・ 近くを通りかかって・駅看板をみて・ホームページを見て・その他（ _____ ）

8. 本日は車かバイクの運転予定はありますか？（はい・いいえ）

9. 女性の方のみ、現在授乳中或いは妊娠の可能性はありますか？（はい・いいえ・不明）

ご記入ありがとうございました。