

# 問 診 票

フリガナ \_\_\_\_\_

<生年月日>

お名前

男・女 ( 歳)

大・昭・平・令

年

月

日

郵便番号 〒

—

ご住所

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)

いつ頃 ( ) から ( 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ) が、

- ・ものが見えにくい
- ・かすむ
- ・めやにがでる
- ・赤い
- ・ころころする
- ・かゆい
- ・物が二つに見える
- ・痛い
- ・疲れる
- ・かわく
- ・腫れている
- ・涙が出る
- ・糸くずが飛んで見える
- ・検診
- ・コンタクトレンズ
- ・人間ドックの検診異常
- ・その他 ( )

## 2. 眼科にかかれたことはありますか？ ( はい ・ いいえ )

病院名及び病名 ( )

眼科での手術歴 ( いつ頃： ) 手術名： ( )

使用中の目薬 ( )

## 3. 現在、治療中の病気はありますか？ ( はい ・ いいえ )

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

## 4. 薬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 ( )

## 5. 眼鏡・コンタクト作成希望の方のみご記入下さい。

- ・眼鏡希望 ( 遠くが見にくい ・ 近くが見にくい ・ 両方見にくい )
- ・コンタクト希望 ( 初めて・再作成 ) 希望レンズ ( ハード・ソフト・使い捨てソフト )
- ・その他 ( )

## 6. 現在使用している眼鏡・コンタクトについてご記入下さい。

- ・遠く用
- ・近く用
- ・遠近両用
- ・使用していない

## 7. 本日は車で来院されましたか？ ( はい ・ いいえ )

## 8. 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

- ・知り合いからの紹介
- ・近所だから
- ・看板 ( 駅・バス・電柱 )
- ・チラシ
- ・インターネット
- ・アイシティ
- ・通りがかり
- ・その他 ( )

## 9. 女性の方のみ、現在授乳中ある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。