

問 診 票

日付 平成 年 月 日

(フリガナ)		生年月日	明治 大正	年	月	日
お名前			昭和 平成			
ご住所	(〒 -)	性別	男性 女性	(歳)		
		電話番号 ()				
屋号(ある方、よろしければ)						

(1) 以前当院にかかられたことがありますか？(昔の記録が残っているかどうか確認しています)

いいえ はい

(2) どうなさいましたか？(○で囲んでください)

目が痛い	(遠く・近く)が見にくい	かすむ
目が赤い	黒いものが飛んで見える	目が疲れる
メヤニが出る	涙が出る	眼鏡を作りたい
ごろごろする	まぶたの(腫れ・痛み)	コンタクトレンズを作りたい
目がかゆい	目が乾く	学校検診で指摘を受けた
その他()		

(3) どちらの目ですか？(○で囲んでください)

右眼 左眼

(4) いつ頃からですか？

()から

(5) 今までに目の病気をされたことはありますか？

特になし ある(病名)

●『ある』とお答えいただいた方のみ

手術はされましたか？ いいえ はい(年 月頃)

(6) 今まで(現在)、目以外の病気をされたことはありますか？

特になし ある(高血圧・糖尿病・心臓病・ぜん息・その他)

(7) 何かアレルギーはありますか？(薬剤・花粉症・食べ物を含む)

特になし ある()

(8) 眼鏡、コンタクトレンズは使用していますか？

いいえ はい(眼鏡 , コンタクトレンズ)

(9) 当院を何でお知りになりましたか？

知人の紹介・駅の看板・インターネット・電話帳・その他()

(10) 女性にお伺いします。(投薬のための質問です)

現在、妊娠している可能性はありますか？ 【 はい・いいえ・不明・授乳中 】