

問 診 票

(受付日時)

住所 〒 _____ 電話 (_____) _____

ふりがな

氏名 _____ 男・女 生年月日 明治 大正 昭和 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳)

本日の症状は何ですか? 当てはまるものに○をつけて下さい

めやに ・ 目がかゆい ・ 目が赤い ・ ゴロゴロする ・ 黒い影がみえる ・ 目が乾く

まぶたの腫れ ・ まぶたが下がる ・ めまい ・ 目のかすみ ・ 視力低下 ・ 疲れ目

視野が欠けた ・ 頭痛 ・ 物が二重に見える ・ 涙目 ・ 目の痛み ・ 光が見える

外傷 ・ 異物 (_____) が入った ・ メガネ (コンタクト) をつくりたい

健康診断 ・ 他院からの紹介 ・ その他 (_____)

その症状はいつからですか?(_____)

いままで当院にかかったことはありますか? はい ・ いいえ

紹介状はお持ちですか? はい ・ いいえ

現在、他の病気にかかっていますか? はい ・ いいえ

病名は? 糖尿病・高血圧・心臓病・腎臓病・その他[_____]

かかりつけの病院名 (_____)

お薬は? 飲んでいる (_____) ・ 飲んでいない

アレルギーはありますか? はい ・ いいえ

(原因は: 薬剤 (_____) 食品・花粉・その他 (_____)

現在、妊娠 ・ 授乳 をしていますか? はい ・ いいえ

コンタクトレンズは使ったことがありますか? はい ・ いいえ

(使用期間 _____ : レンズの種類 _____)

備考