

問 診 票

ふりがな	TEL ()
お名前 T・S・H・R 年 月 日生 (歳)	様 ご住所 〒

※メガネ・コンタクト希望の方で、コンタクトを装着中の場合は受付へお声をおかけください。

【1】①どのような症状ですか？（該当するものをすべて○で囲んでください）

視力低下 ぼやける 二重に見える ゆがむ 黒いものが見える 光が見える 視力検査 その他（	赤い 痛い 目やに かゆい ゴロゴロする 腫れている	疲れる かわく ゴミが入った 涙が出る	メガネ希望 コンタクト希望 白内障検診 白内障手術 緑内障検診 学校検診 レーシック(LASIK)検査
--	---	------------------------------	---

②どちらの目ですか？

(右 ・ 左 ・ 両眼)

③いつごろからですか？

()

【2】今までに目の病気をされたことがありますか？

1. はい → 病名 ()
2. いいえ

※現在、治療中の目の病気はありますか？

1. はい → 病名 () 目薬の種類 ()
2. いいえ

【3】目以外の病気はありますか？（はい・いいえ）

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 胃腸病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 脳疾患 ・ 整形外科
その他 () 飲み薬 ()

【4】目以外の病気で、他の病院・診療所に通院していますか？

1. はい → 病院・診療所名 ()
2. 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？

1. はい → その原因になったものは ()
2. いいえ

【6】女性の方にうかがいます。現在、妊娠していますか？

(はい ・ いいえ ・ 可能性あり) ※現在授乳中ですか (はい ・ いいえ)

【8】当院をどこでお知りになりましたか？

1. 他の病院からの紹介
2. 入づて (どなたですか？)
3. 当院の看板
4. 駅広告
5. 通行中
6. インターネット
7. その他 ()