問 診 票

ふりがな		男・女	住所	〒(　　ー　　)
お名前				
生年月日	西暦　　年　月　日		電話番号	自宅
年齢	才			携帯

今日はどうしましたか　〇で囲んでください

右目　左目　両目

充血　出血　かゆみ　めやに　腫れ　乾く　異物感

違和感　ゴロゴロ　痛み(表面・奥)　その他(　　)

黒いものが飛ぶ　ゆがんで見える　見づらい

上記の症状がいつからありましたか　(　　)

健康診断・人間ドック後の受診　(　　)

眼の健康診断希望　白内障検査希望　緑内障検査希望　斜視検査希望

学校検診後の視力　眼鏡処方箋希望　コンタクトレンズ購入希望

眼鏡を使用していますか。	はい	いいえ
コンタクトの使用経験はありますか。	はい	いいえ
いままでに眼科にかかったことはありますか	はい	いいえ

はいの方は下記へ記入して下さい。

いつ頃	病名・手術名・レーザー名	通院先	処方薬

眼科以外で治療中のご病気、使用中のお薬はありますか　はい　いいえ

はいの方は下記へ記入して下さい。　(高血圧　糖尿病　その他　　)

いつ頃	病名	通院先	処方薬
			★お薬手帳があればご提出下さい

お身体に合わないお薬はありますか？	はい	いいえ

はいの方は記入して下さい。(　　)

ぜんそくの既往はありますか？	はい	いいえ
喫煙されますか？	はい	いいえ
本日は、自転車、バイク、車の運転の予定はありますか	はい	いいえ
女性の方のみにお聞きします。 現在妊娠していますか？	はい	いいえ
現在授乳中ですか？	はい	いいえ

※症状によって、ご案内の順番が前後します。あらかじめ、ご了承ください。