

問 診 票

年 月 日

ふりがな				男	明・大・昭	年	月	日生
お名前				女	平・令		(才)
ご住所	〒	—		ご職業				
	電話	()	携帯電話	()				

1 どうなさいましたか？（○印をつけて下さい）

・右眼 ・左眼 ・両眼

- | | | |
|---------------|-----------|-------------|
| ① 視力低下 | ⑤ 目がかゆい | ⑨ コンタクトが欲しい |
| ② 目が赤い | ⑥ 黒いものが飛ぶ | ⑩ 眼鏡が欲しい |
| ③ 目やにが出る | ⑦ 目がかわく | ⑪ その他 |
| ④ ごろごろする（異物感） | ⑧ 目が疲れる | () |

2 いつ頃からですか？

() 日前より () ヶ月前より

3 これまで眼科へ通っていましたか？

- ・はい → { 病院名 ()
 ・いいえ { 病名 ()
 もらっている薬 ()

4 コンタクトレンズは使用していますか？

・はい コンタクト歴 () 年 ・いいえ

5 レーシックの手術はしていますか？

・はい () 年前に手術しました ・いいえ

6 次の病気にかかったことがありますか？（○印をつけて下さい）

- ・はい → { ・高血圧 ・心臓病 ・花粉症 ・アレルギー性鼻炎
 ・いいえ { ・糖尿病 ・ぜん息 ・リウマチ ・その他 ()

7 体に合わないお薬や注射はありますか？

- ・はい → { ・目薬 ・飲み薬 ・注射
 ・いいえ { ・その他 ()

8 今回是非やってもらいたい検査に○印をつけて下さい

・白内障 ・緑内障 ・眼底 ・めがね ・コンタクトレンズ

9 現在、妊娠または授乳中ですか？

・はい ・いいえ

10 何を見て来院されましたか？

- ・ホームページ ・看板 ・紹介 ・タウンページ ・地域紙 ()
 ・その他 ()

11 本日は自動車やバイク、自転車での来院ですか？

・はい ・いいえ