

問 診 票

(フリガナ)

生年月日 : 年 月 日

お名前 : (歳) 男 ・ 女 ご職業

ご住所 : 〒 -

電話番号 : () メールアドレス :

■今日はどのような症状で来院なさいましたか？

本日コンタクトを装用していますか？
(はい ・ いいえ)

いつ (から) (右 ・ 左 ・ 両眼) が

見えにくい ・ かゆい ・ 目やにが出る ・ 痛い ・ 赤い ・ 涙が出る ・ 目が乾く
黒い点や糸くずが見える (飛蚊症) ・ まぶたが腫れた ・ 目をぶつけた ・ ゆがんで見える
健診でひっかかった ・ その他 ()

眼鏡処方希望 (遠用 ・ 近用 ・ 遠近両用)

コンタクト処方希望 (使用経験 : あり ・ なし)

ご希望レンズ : (1 day ・ 2 week ・ 1 month ・ その他のソフト / ハード)
本日装用しているレンズを教えてください (1day ・ その他のソフト ・ ハード ・ つけていない)

■今までに下記の病気で眼科を受診したことや、指摘されたことはありますか？

緑内障 ・ 視神経乳頭陥凹 ・ 白内障術後 ・ 網膜剥離/裂孔 ・ 斜視 ・ 弱視
黄斑変性 ・ 円錐角膜 ・ レーシック後 ・ その他 () ・ いいえ

■現在治療中のご病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

糖尿病 (HbA1c %) ・ 高血圧 ・ ぜん息 ・ 心疾患 ・ 腎疾患 ・ アトピー
花粉症 ・ その他 () ■使用中の内服薬 ()

■今までアレルギーを起こしたことがありますか？

はい (薬品 ・ 食べ物 :) ・ いいえ

■当院をどちらでお知りになりましたか？(複数回答可)

インターネット (当院サイト ・ google マップ ・ その他) ・ 駅看板 ・ チラシ/広告
紹介 (知人 ・ 他院) ・ その他 ()

【女性の方のみお答えください】

■妊娠中ですか？ はい (カ月) ・ いいえ ■授乳中ですか？ はい ・ いいえ