

# 問 診 票

(フリガナ)

お名前： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳) 男 ・ 女

ご住所： 〒 \_\_\_\_\_

電話番号： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ メールアドレス： \_\_\_\_\_

## ■ 今日どのようなご症状で来院されましたか？

いつ( \_\_\_\_\_ から) ( 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 )が  
見えにくい ・ かゆい ・ 目ヤニが出る ・ 痛い ・ 赤い ・ 涙が出る ・ 乾く  
まぶたが腫れた ・ ぶつけた ・ ゆがんで見える ・ 健診で引っかかった  
黒い点や糸くずが見える(飛蚊症) ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )  
眼鏡処方 ・ コンタクト処方

本日コンタクトを装用していますか？  
( はい ・ いいえ )

「はい」とお答えの方  
装用しているレンズを教えてください  
( 1day ・ その他ソフト ・ ハード )

## ■ 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 ・ 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  
前立腺肥大 ・ 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)

当院サイト ・ google マップ ・ WEB サイト ・ 駅看板 ・ チラシ/広告  
紹介 ( 知人 ・ 他院 ) ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

## ■ ご職業を教えてください

会社員 ・ 公務員 ・ 医療関係 ・ 教育関係 ・ 医師 ・ 弁護士 ・ 学生 ・ 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 )