

問 診 票

(ふりがな)	
お名前	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
〒	—
ご住所	電話番号 () 携帯電話 ()

1. 今回はどういうことで来院されましたか？

右目 ・ 左目 ・ 両方

- 1) 物が見えにくい 2) 目がかゆい 3) 目が赤い 4) 目やにがでる 5) 目が痛い
6) 涙がでる 7) 目がゴロゴロする 8) めがねを作りたい 9) コンタクトレンズを作りたい
10) 目の検診 11) その他 ()

2. 上記症状はいつ頃からありますか？

____ 日前から、 ____ ヶ月前から、 ____ 年前から

3. 今までに目の病気をされたことがありますか？

いいえ ・ はい (病名： _____ 眼科名： _____)

4. 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ ・ はい

高血圧、糖尿病、心臓病、腎臓病、結核、喘息、その他 ()

5. 今現在、服用されているお薬はありますか？

いいえ ・ はい (お薬の名前： _____)

※お薬手帳をお持ちの方は受付に提出してください。

6. 今まで手術(眼以外も含む)されたことはありますか？

いいえ ・ はい (いつ頃： _____ 病名： _____ 病院名： _____)

7. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ ・ はい (薬： _____ 食べ物： _____)

8. 家族の中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？

いいえ ・ はい (病名： _____)

9. 女性の方のみ、お答えください。

現在、妊娠していますか？ いいえ ・ はい ・ 授乳中

どうもありがとうございました。 さとう眼科