

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