

# 問診票

(フリガナ)			
お名前	男	・	女 ( 歳)
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日
〒	-		
ご住所			
電話番号 (携帯番号)	(その他の緊急連絡先)		

1. このたびはどういうことで来院されましたか? (コンタクトは 今、している、していない)

- A) 物が見えにくい (遠く、近く、遠近両方) B) 目が痛い、目の違和感、目がかゆい、涙がでる  
C) 目の腫れ D) 目が赤い、目やにがでる E) ものが飛ぶ、飛蚊症、光るものが見える F) 目の検診  
G) めがね・コンタクトレンズ を作りたい (新規、作り替え) H) その他 ( )

2. 上の症状はいつ頃からありますか、またどちらの目ですか?

(右目、左目、両方: 日前から、 ヶ月前から、 年前から) (急に、徐々に )

3. 今までに眼科受診したことがありますか? (目の手術歴 なし、あり)

(いいえ、はい 病名: 、眼科名: 、いつ頃: )

(目の手術ある場合: 、眼科名: 、いつ頃: )

4. 今までに体の病気 (大きな手術)、現在、内服中の薬、かかりつけ医はありますか?

( 高血圧、糖尿病、心臓病、腎臓病、結核、喘息、その他、医療機関名: )

(内服薬 なし、あり 薬名: (お薬手帳 あり、なし))

(手術歴: 、医療機関名: )

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?

( あり、なし、わからない ) ある場合 (薬名: )

8. 家族 (血のつながった) の中で目の病気をされた方がいらっしゃいますか?

( なし、あり ) ある場合 (病名: )

9. 女性の方のみ、お答えください。 現在、妊娠、授乳していますか? ( はい、いいえ、わからない)

10. どこでこの医院をお知りになりましたか?

(知人の紹介 様) (医院、病院の紹介 先生)

ホームページ、通勤通学の通り道、その他