

★ 太枠内は必ず記入してください ★

# 問 診 票

フリガナ:	_____				
名 前:	_____	性 別:	男 ・ 女		
生年月日:	明・大・昭・平	年	月	日	( _____ ) 歳
住 所:	〒	_____	県	_____	市 郡
電 話:	( _____ )	_____	携帯電話	( _____ )	_____

## 1. いつからですか？

- 今日     昨日     一昨日     その他 ( \_\_\_\_\_ 日前、 \_\_\_\_\_ 週間前、 \_\_\_\_\_ か月前 )  
 徐々に     急に

## 2. どちらの目ですか？

- みぎ目     ひだり目     両目

## 3. 本日はどうなさいましたか？

- 見にくい ( 1. 遠く    2. 近く )     痛い     かゆい  
 充血     メヤニが出る     涙が出る  
 黒いものが見える     目が疲れる     健診で指摘  
 メガネ処方希望     コンタクトレンズ希望     紹介状持参  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 4. 過去に目の病気をされましたか？

- ない     ある  
 白内障     緑内障     レーザー治療  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 5. 他の病気はございますか？

- ない     ある  
 糖尿病     高血圧     高脂血症     心臓病     喘息     花粉症  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 6. 現在内服中の薬がありますか？

- ない     ある  
( \_\_\_\_\_ )

## 7. 薬や注射のアレルギーはありますか？

- ない     ある  
( \_\_\_\_\_ )

## 8. 以下に該当しますか？

- 自動車を運転してきた     本日コンタクトを装用している     妊娠中 ( \_\_\_\_\_ 週 )     授乳中

## 9. 当院を何でお知りになりましたか？

- 家族から     友人・知人から     看板     広告     インターネット     当院を直接見て  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

★おくすり手帳をお持ちの方は受付にお出し下さい★

