

問 診 票

受付日

ふりがな		生年月日		年齢	性別
名 前		大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令			男 ・ 女
住 所	〒 年 月 日 才				
携帯番号	() —	電話番号	() —		

1. 今日はどうされましたか。またいつ頃からですか

〔 〕から 右眼 左眼 両眼 が

・見えにくい ・かゆい ・充血 ・目やに

・コロコロする ・涙が出る ・痛い ・乾く

・まぶしい ・腫れている ・目が疲れる ・検診希望

・虫が飛んで見える ・健診にて受診するように言われた

・その他 ()

※眼鏡処方 コンタクト処方 ⇒ご予約制となっております。

2. 今までに目の病気や手術をしたことがありますか

いいえ ・ はい → いつ頃:〔 〕 病院名:〔 〕

どのような病気 〔 〕

どのような手術 〔 〕

3. メガネ又はコンタクトを使用していますか

いいえ ・ はい → 老眼鏡 メガネ 使い捨てCL(1日 2週間 1ヶ月) ハード

4. 現在かかっている病気はありますか

いいえ ・ はい → 〔血糖値 ・ 血圧 ・ コレステロール ・ 心臓病 ・ 脳梗塞 ・ 喘息 ・ アトピー〕

その他:〔 〕

5. 現在服用中の目薬やお薬はありますか ※お薬手帳があれば受付にお出してください

いいえ ・ はい → 薬名〔 〕

6. 今まで薬でアレルギーはありましたか

いいえ ・ はい → 〔 〕

7. 交通手段

車(運転手・同乗者) ・ 自転車 ・ バイク ・ 徒歩 ・ 電車 ・ その他

8. 当院にご来院いただいたきっかけ

家族 友人 知人 Facebook 検索サイト HP 看板をみて 家が近い 他院からの紹介

()

～女性の方にお聞きします～

・現在妊娠中や授乳中ですか

妊娠()ヶ月 ・ 分からない ・ 授乳中 ・ 該当なし

ご協力ありがとうございました。