

問 診 票

(フリガナ)

お名前 _____ 男 ・ 女 _____ ご職業 _____

生年月日 _____ 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

〒 _____ - _____

ご住所 _____ 電話番号 _____

1. このたびは、当院を何でお知りいただきましたか？

- 1) 以前から当院医師を受診していた 2) ホームページ 3) Google マップ
4) Instagram 5) 病医院からの紹介（病医院名 _____）
6) バス広告 7) 人の紹介（ご紹介者様とのご関係 _____）
8) ビル看板 9) その他（きっかけ： _____）

2. どういうことで来院されましたか？

- 1) 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) 目が乾く 8) 目が疲れる
9) コロコロする 10) 物が飛んで見える 11) 検診希望
12) メガネ・コンタクトレンズを作りたい 13) その他 _____

3. 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？

（ 日前から、 ヶ月前から、 年前から ） （ 右目 ・ 左目 ・ 両方 ）

4. 今までに目の病気や手術をされたことがありますか？

（ はい ・ いいえ ） （ 病名： _____ ）
（眼科名： _____）

5. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？

（ なし・高血圧、糖尿病、心臓病、腎臓病、結核、喘息、前立腺肥大 _____ ）
（ かかりつけ医 院名： _____ ）

6. 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？

（ はい ・ いいえ ） （ はいの場合：種類と症状 _____ ）

8. 普段、コンタクトレンズを使用されていますか？ （ はい ・ いいえ ）

9. 現在、飲んでいるお薬があれば教えて下さい。お薬手帳をお持ちであれば不要です。

（ お薬の名前： _____ ）

10. 本日、お車を運転して来られましたか？ （ はい ・ いいえ ）

ありがとうございました。