

問 診 票

(フリガナ)

氏 名

男 ・ 女

職 業

生年月日 (大正 ・ 昭和 ・ 平成)

年

月

日 ( 歳)

住 所 〒

電話

携帯電話

1 今日はどうのような症状で来院されましたか？

いつ頃から？ ( )  右 眼  左 眼  両 眼

見えにくい  かすむ  眼が疲れる  黒いものが飛ぶ

眼が赤い  眼がかゆい  眼が痛い  めやにが出る

涙が出る  ゴロゴロする  メガネ希望  コンタクト希望

その他 ( )

2 今まで、眼科にかかれたことがありますか  いいえ

はい (白内障 ・ 緑内障 ・ 結膜炎 ・ ものもらい ・ 花粉症 ・ レーシック)

3 現在、他の病院等で、治療 ・ 投薬を受けていますか？  いいえ

はい ( ) 病院 ・ 医院

(糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ ぜんそく ・ リウマチ ・ アレルギー性鼻炎 ・ その他 >>)

服薬中のお薬名 ( ) \* お薬手帳をお持ちの方はご提出ください

4 薬や注射で異常(アレルギーなど)を起こしたことがありますか？  いいえ

はい 薬 ・ 注射の名前 ( )

5 今まで、コンタクトレンズを使用されたことはありますか？  いいえ

はい Type (1day ・ 2week ・ 1month ・ hardレンズ) コンタクト歴 ( )年

使用頻度 1週間( )日 1日( )時間 定期健診 ・ ( )ヶ月に1回 ・ 行っていない

本日、コンタクトレンズを装着されていますか？  はい  いいえ

6 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

看板を見て  インターネット  知人の紹介 ( ) 様  他医院の紹介

7 他に何かお困りな事などございましたら、お書き下さい