

# 問 診 票

(フリガナ)			
氏 名	.....	性 別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
住 所	〒 .....		
電 話	( ) - .....	携帯電話	.....

## 1. 今日どのような症状で来院されましたか？

- |  |                             |                                 |           |
|--|-----------------------------|---------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 右眼            | <input type="checkbox"/> 左眼 | <input type="checkbox"/> 両眼     | いつ頃から?( ) |
| <input type="checkbox"/> めやにが出る        |                             | <input type="checkbox"/> なみだが出る |           |
| <input type="checkbox"/> 見えにくい         |                             | <input type="checkbox"/> かすむ    |           |
| <input type="checkbox"/> 眼が赤い          |                             | <input type="checkbox"/> ゴロゴロする |           |
| <input type="checkbox"/> 眼がかゆい         |                             | <input type="checkbox"/> 眼が疲れる  |           |
| <input type="checkbox"/> 眼が痛い          |                             | <input type="checkbox"/> 黒い物が飛ぶ |           |
| <input type="checkbox"/> 学校(幼稚園、保育園)検診 |                             | <input type="checkbox"/> メガネ希望  |           |
| <input type="checkbox"/> コンタクト希望       |                             | <input type="checkbox"/> その他( ) |           |

## 2. 今まで、眼の病気で眼科にかかれたことがありますか？

- はい (白内障、緑内障、結膜炎、ものもらい、花粉症、その他 )
- いいえ

## 3. 現在、他の病院、医院で治療を受けていますか？

- はい (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 )
- いいえ

## 4. アレルギーといわれたりその他の薬や注射で異常を起こしたことがありますか？

- はい 薬・注射の名前( )  いいえ

## 5. 本日、コンタクトレンズは装着されていますか？

- はい コンタクトレンズの名前( )  いいえ

## 6. 現在妊娠中、或いは妊娠している可能性がありますか？(女性の方のみ)

- はい  いいえ

## 7. 当院の事を何でお知りになりましたか？

- チラシ  ( ) 駅看板  野立て看板  ホームページ  お知り合い

## 8. ほかに何かお困りな事などがございましたら、お書き下さい。