

問 診 票

年 月 日

フリガナ		性別	男性 ・ 女性
お名前		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 (歳) 年 月 日
住所	〒 -	電話番号 (携帯)	() ()
		ご職業	

当院では検査・診察が迅速で正確に行われるように診察前に以下の質問事項にご記入いただいております。わかる範囲で該当する箇所に○印(複数可)または記入をお願いいたします。

1. 具合の悪いのはどちらの眼でしょうか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼
2. 具体的には眼はどのような症状でしょうか？
よく見えない かすむ ぼやける 二重に見える ゆがんで見える 痛い はれている
かゆい 充血している 目やにがでる 涙がでる ゴロゴロする 乾いた感じ まぶしい
黒い点が見える 糸くず様のものが見える 疲れる メガネ・コンタクトレンズを作りたい
その他()
3. 眼の症状はいつ頃からですか？
()日前から ()週前から ()ヶ月前から
4. 今まで眼の病気を指摘されたことはありますか？
特になし ・ あり(どのような病気でしたか)
(いつ頃)
5. 今までに眼の手術を受けたことがありますか？
いいえ ・ はい ⇒ どのような手術ですか？(白内障 ・ 緑内障 ・ 網膜はく離 ・ レーシック)
その他()
いつ頃ですか？ ()
どちらの眼科ですか？ ()
6. 今までアレルギー性疾患の既往はありますか？
特になし ・ あり：アトピー性皮膚炎 喘息 アレルギー性鼻炎 花粉症 その他()
7. 今まで目薬、飲み薬、注射などで具合が悪くなったことはありましたか？
特になし ・ あり：具体的に薬名がわかりましたらお書き下さい()
8. 今まで(現在)眼以外の病気にかかったことがありますか？
特になし ・ あり：高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 リウマチ その他()
9. 女性の方にうかがいます。
現在妊娠されていますか いいえ ・ はい(月) 可能性あり
現在授乳中ですか いいえ ・ はい
10. 当院のことは何でお知りになりましたか？
知人(紹介) ・ 看板 ・ ホームページ ・ 電話帳 ・ 館内案内 ・ 新聞折込 ・ ポストイン(チラシ)
その他()