

問 診 票

年 月 日

ふりがな		男・大 女・昭 平	年	月	日生 才)
お名前					
ご住所	〒 - 電話 () 携帯電話 ()			ご職業	

1 どうなさいましたか？ (○印をつけて下さい)

- ・右眼 ・左眼 ・両眼
- ①視力低下 ⑤目がかゆい ⑨コンタクトが欲しい
- ②目が赤い ⑥黒いものが飛ぶ ⑩眼鏡が欲しい
- ③目やにが出る ⑦目がかわく ⑪その他
- ④ごろごろする(異物感) ⑧眼が疲れる ()

2 いつ頃からですか？

() 日前より () ケ月前より

3 これまで眼科へ通っていましたか？

- ・はい → { 病院名()
- ・いいえ { 病名()
- { もらっている薬()

4 コンタクトレンズは使用していますか？

・はい コンタクト歴()年 ・いいえ

5 次の病気にかかったことがありますか？ (○印をつけて下さい)

- ・はい → { ・高血圧 ・心臓病 ・花粉症 ・アレルギー性鼻炎
- ・いいえ { ・糖尿病 ・ぜん息 ・リウマチ ・その他()

6 体にあわないお薬や注射はありますか？

- ・はい → { ・目薬 ・飲み薬 ・注射
- ・いいえ { ・その他()

7 今回是非やってもらいたい検査に○印をつけて下さい

・白内障 ・緑内障 ・眼底 ・めがね ・コンタクトレンズ

8 現在、妊娠または授乳中ですか？

・はい ・いいえ

9 何を見て来院されましたか？

・タウンページ ・看板 ・リベルタ ・紹介 ・ホームページ ・その他()

10 本日は自動車やバイク、自転車での来院ですか？

・はい ・いいえ