問 診 票

ふりがな		男・女	住所	〒(　　－　　)
お名前				
生年月日	大・昭・平・令　年　月　日　才		電話番号	自宅 携帯

今日はどうしましたか　○で囲んでください

右目　左目　両目

充血　出血　かゆみ　めやに　腫れ　乾く　異物感

違和感　ゴロゴロ　痛み(表面・奥)　その他(　　)

黒いものが飛ぶ　ゆがんで見える　見づらい

上記の症状がいつからありましたか(　　)

健康診断・人間ドック後の受診(　　)

眼の健康診断希望　白内障検査希望　緑内障検査希望　斜視検査希望

学校検診後の視力　眼鏡処方箋希望　コンタクトレンズ購入希望

眼鏡を使用していますか　(　はい　・　いいえ　)

コンタクトの使用経験はありますか　(　はい　・　いいえ　)

いままでに眼科にかかったことはありますか　(　はい　・　いいえ　)
はいの方は下記へ記入して下さい

いつ頃	病名・手術名・レーザー名	通院先	処方薬

眼科以外で治療中のご病気、使用中のお薬はありますか(　はい　・　いいえ　)
はいの方は下記へ記入して下さい(高血圧　糖尿病　その他　　)

いつ頃	病名	通院先	処方薬

お薬でアレルギーはありますか？　(　はい　・　いいえ　)
はいの方は記入して下さい　お薬名(　　)

血液をサラサラにするお薬を飲んでいますか？　(　はい　・　いいえ　)

前立腺肥大症のお薬を飲んでいますか？　(　はい　・　いいえ　)

ぜんそくの既往はありますか？　(　はい　・　いいえ　)

喫煙されますか？　(　はい　・　いいえ　)

本日は、自転車、バイク、車の運転の予定はありますか？　(　はい　・　いいえ　)

女性の方のみにお聞きします　現在妊娠していますか？　(　はい　・　いいえ　)
現在授乳中ですか？　(　はい　・　いいえ　)