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　〇で囲んでください

右目	左目	両目	充血　出血　かゆみ　めやに　腫れ　乾く　異物感

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　）

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　）

お仕事中のケガですか？　（　はい　・　いいえ　）

当院は労災指定病院ではありません　自費での対応になります

労災書類の記入は承っておりませんのでご了承ください（　はい　・　いいえ　）