

問診票

ふりがな	男・女			
お名前				
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生
ご住所 〒				
電話番号 ()				

以前当院にかかれた事の有・無（有の場合 年 月ごろ、不明）

- あなたの眼の具合が悪いのはどちらですか？ 右眼、左眼、両眼
- どのように具合が悪いのですか？
 - ・見えない ・かすむ ・ぼやける ・二重に見える ・痛い ・かゆい
 - ・はれている ・疲れる ・赤い ・目やにが出る ・涙が出る ・ゴロゴロする
 - ・まぶしい ・黒いものが見える
 - ・その他（どのような症状ですか？)
 - ・白内障検査 ・眼底検査 ・メガネ、コンタクトを作りたい
 - ・身体検査で（)と言われた
- いつ頃からですか？ () 日前 () 月前 () 年前から
- 今まで眼の病気をしたことがありますか？

ない ある（どんな病気でしたか)

(いつ頃)
- 今まで眼の手術をしたことがありますか？ ない ある（右 左)
- 飲み薬、注射などで合わない薬はありますか？

ない ある（薬の種類は)
- 今まで（現在）眼以外の病気にかかったことがありますか？

特にない

ある（高血圧、糖尿病、心臓病、肝臓病、腎臓病、喘息、鼻炎）
（その他)
- 当院はどのように知りましたか？
 - ・以前受診した事があった ・親戚、知人が受診していた（いる） ・ホームページ
 - ・タウンページ ・インターネットタウンページ ・電柱広告 ・バス広告
 - ・近くを歩いて（あるのは知っていた） ・その他（)
- 女性の方へ 妊娠中・授乳中ですか？ はい いいえ