

問 診 票

年 月 日

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

(1) どうなさいましたか？ (○印をつけてください)

- | | | |
|-------------------|----------|-----------|
| ① 視力低下 | ② 目があかい | ③ 目やにが出る |
| ④ ごろごろする(異物感) | ⑤ 目がかゆい | ⑥ 黒いものが飛ぶ |
| ⑦ 目がかわく | ⑧ 目がつかれる | ⑨ 目がいたい |
| ⑩ (めがね・コンタクト)が欲しい | ⑪ その他() | |

(2) いつ頃からですか？ ()日前より ()ヶ月前より ()年前より

(3) 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

(4) 目の病気にかかったことはありますか？

は い いいえ

(5) 目の手術、またはレーザー治療を受けたことがありますか？

は い いいえ

(6) 次の病気にかかったことがありますか？ (○印をつけてください)

は い → ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・ぜん息
 ・花粉症 ・アレルギー性鼻炎 ・リウマチ
 ・その他 ()

いいえ

(7) 目薬や他の飲み薬、注射で異常がおこったことがありますか？

は い → 目薬 ・ 飲み薬 ・ 注射
 その他()

いいえ

(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 ・紹介 ・ホームページ
- ・その他 ()