# 問　診　票

年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな<br>お名前 | | 男・女 | 大・昭<br>平・令　　年　　月　　日生<br>（　　才） |
| ご住所 | 〒　　－<br>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）

（　　）

**(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（　　）