

問 診 票

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

● 今日はどうされましたか？ 症状に○を付けてください。

_____ 前より(両目・右目・左目)
視力低下・ゆがんで見える・光が走る・目の中で点が動く(飛蚊症)・二重に見える
充血・腫れた・めやに・涙が出る・かゆい・乾燥感・ゴロゴロ感
まぶしい・疲労感・目が重い・頭痛・かすむ・目が痛い・逆まつげ
その他 _____

眼鏡作成希望 (近方・遠方・遠近)

コンタクト作成希望 (ハード・ソフト)

現在コンタクトレンズを使用していますか？ はい(ハード・ソフト) いいえ

● どこか、他に受診されていますか？ 疾患名に○を付けてください。

()糖尿病 ()血圧 ()心臓病 ()脳梗塞 ()脳出血 ()胃腸病
()肝臓病 ()腎臓病/透析中{ _____ 曜日} ()肺病 ()喘息 ()結核
()妊娠{ _____ 週} その他 _____

● どちらに通院されていますか？

病院名 _____ 疾患名(_____) 主治医名 _____
病院名 _____ 疾患名(_____) 主治医名 _____
病院名 _____ 疾患名(_____) 主治医名 _____

● お薬のアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

* 何のアレルギーですか？ _____

● 食物のアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

* 何のアレルギーですか？ _____

● レーシック手術、屈折矯正手術など受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

* それは、何年前ですか？ _____ 年前