

【 問診票 】

患者様の個人情報には医療法に基づき保護され、患者様への診療目的以外への利用は致しません。

ふりがな		性別	生年月日	ご連絡可能なTel
お名前		男 ・ 女	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
ご住所	〒 -			

以下の当てはまる項目に○、またはご記入をお願いします。

◎ 今日はどうされましたか？
見えにくい・痛い・重たい・かゆい・乾く・疲れ・赤い・目やに・なみだ目
まぶたの腫れ・ゴミが飛んで見える・健診等で指摘を受けた
眼鏡の希望・コンタクトレンズの希望
その他 ()

◎ どちらの目ですか？ 右目・左目・両目

◎ いつ頃からですか？ 今日・昨日・(日・ヶ月・年)前から

◎ 症状の出方はどうでしたか？ 急に・ゆっくりと・わからない

◎ 目の病気やケガ、手術をしたことはありますか？
いいえ・はい (病名や症状 いつ頃)

◎ 最近、コンタクトレンズを使用していますか？ いいえ・はい

◎ 他に病気がありますか？
なし・糖尿病・高血圧・心臓病・喘息・脳卒中
その他 ()

◎ 薬や食べ物でアレルギーがありますか？
いいえ・はい ()

◎ ご家族で目の病気をされた方はおられますか？
いいえ・はい (病名)

◎ 『女性の方』現在、妊娠もしくは授乳中ですか？ いいえ・はい

◎ その他、何かあればご記入ください。

- お薬手帳をお持ちの方は一緒にお出してください。
ご記入ありがとうございました。