

来院時は記入してお持ちください

問 診 票

受付時間 (:)

フリガナ		男	住所	〒
氏名		女		
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 才	電話	
			携帯	
			e-mail	@

<当院を、お知りになったのは?>

電話帳 インターネット 救急医療センター 家族の紹介 友人の紹介
 駅看板 その他 ()

1.今日はどうなさいましたか?該当するものを○で囲んで下さい。

- ・見えにくい (視力が落ちた) 【右・左・両】
- ・目が痛い 【右・左・両】
- ・ゴロゴロする 【右・左・両】
- ・眼がかゆい 【右・左・両】
- ・眼が赤くなった 【右・左・両】
- ・メヤニが出る 【右・左・両】
- ・涙っぽい 【右・左・両】
- ・眼にゴミが入った 【右・左・両】
- ・まぶたがはれた、何かできた 【右・左・両】
- ・黒いものが見える 【右・左・両】
- ・眼が乾く 【右・左・両】
- ・眼が疲れる 【右・左・両】

- ・メガネ処方箋希望
- ・その他

()

現在ご使用のコンタクトレンズのデーターがお分かりになる方はご記入をお願い致します。

メーカー (メニコン・ジョンソン・ボシュロム・チバ・不明)

レンズ名 ()

データー

右) BC () 度数 ()

左) BC () 度数 ()

2.お答え頂いた症状は、いつ頃からですか? ()

3.今までに薬を使用して何か異常があった事が ない ・ ある ()

4.普段コンタクトレンズを使用されていますか? いいえ ・ はい (ハード・ソフト・使い捨て)

5.今まで眼の病気にかかった事がある方は、その病名と診療所を教えてください。

病名 () 診療所 ()

6.今までに眼・まぶたの手術をうけたことはありますか? ない ・ ある

「ある」と答えた方へ (右・左 手術名 _____ 約 _____ 年前)

7.現在の病気は? 喘息・心臓病・高血圧・糖尿病・その他 ()

8.妊娠の可能性はありますか? ない ・ ある (_____ ヶ月)