問　診　票

（ふりがな）
氏　　名　　　　性別　男・女
生年月日　明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）
住　　所　〒
電　　話（　　）　　ー　　携帯電話

1 今日はどのような症状で来院されましたか？

□ 右眼　□ 左眼　□ 両眼　いつ頃から？（　　）

□ 涙が出る　□ めやにが出る　□ 見えにくい

□ 眼が赤い　□ 眼がかゆい　□ ゴロゴロする

□ 眼が痛い　□ 黒いものが飛ぶ　□ 眼が疲れる

□ かすむ　□ メガネ希望　□ コンタクト希望

□ 学校（幼稚園・保育園）検診　□ その他（　　）

2 今まで、眼の病気で眼科にかかられたことがありますか？

□ はい　（白内障・緑内障・結膜炎・ものもらい・花粉症・その他　　）

□ いいえ

3 現在、他の病院等で、治療・投薬を受けていますか？　（過去の手術なども含む）

□ はい　（糖尿病・高血圧・心臓病・ぜんそく・リウマチ・アレルギー性鼻炎
その他　　）
服薬中のお薬名（　　）
＊お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。

□ いいえ

4 アレルギーといわれたり、その他の薬や注射で異常を起こしたことがありますか？

□ はい　薬・注射の名前（　　）　□ いいえ

5 本日、コンタクトレンズは装着されていますか？

□ はい　□ いいえ
＊いいえの方⇒ 今までに使用経験はありますか？
□ はい　□ いいえ

6 現在妊娠中、或いは妊娠している可能性がありますか？（女性の方のみ）

□ はい　□ いいえ

7 当院をどのようにしてお知りになりましたか？　□看板を見て　□インターネット
□知人の紹介（　　様）
□他院の紹介　□その他
（　　）

8 他に何かお困りなことなどございましたら、お書き下さい。

こうやま眼科