

問診票（ご記入をお願いいたします）

記入日 年 月 日

※WEB問診をご利用の方は、こちらの記入は不要です

（ふりがな）

お名前 _____ 性別（男性・女性） 年齢（ ____ 歳 ）

1) どんな症状がありますか？ *症状のない方は（ウ）へお進み下さい

（ア）症状のある眼は 右眼 左眼 両眼 です

（イ）下記症状は 今日 ・ ____ 日前 ・ ____ ヶ月前 ・ ____ 年前 からあります

目が赤くなった（充血している） 目やにがでる 涙が出る 目が痛い

かゆい ごろごろする ゴミが入った 目をぶつけた 目が乾く

まぶたが腫れている まぶたのできもの 黒いものが見える・光が見える

かすむ・見えにくい 眼鏡作成希望 まぶしい 2重に見える

（ウ）定期受診 健診の再検査 糖尿病の眼科健診 他院からの紹介 手術希望

その他、具体的に記入してください

2) メガネ・コンタクトレンズを使用したことがありますか？ はい ・ いいえ

（メガネ・コンタクトレンズ）を 持っている（ ____ 年前作製）・持っていない

⇒ 当院でコンタクトレンズの処方を受けたことが（ ある ない ）

3) 今まで（あるいは現在）眼科を受診、通院したことがありますか？

ない ある ⇒ いつから（ ____ 年頃から）

医療機関名（ _____ ）

病名（ _____ ）

眼科手術歴 ない ある ⇒ ____ 年前

4) 現在、治療中の病気はありますか？ なし *ありの方は下記ご記入をお願いします

糖尿病 高血圧 心疾患 喘息 花粉症 その他（ _____ ）

⇒ いつから（ ____ 年頃から） 医療機関名（ _____ ）

5) 現在、使用中の薬はありますか？ なし *ありの方は下記ご記入をお願いします

ありの方 ⇒ お薬手帳を持参（ している ・ していない ・ 持っていない ）

6) 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり（内容： _____ ）

7) 本日はどなたか一緒にいらしていますか？ 一人で 家族と（続柄： _____ ）

※一緒にいらした方の氏名の記入をお願いいたします。氏名 _____

ご記入ありがとうございました

担当（ _____ ）