

問 診 票

年 月 日

ふりがな		生 年 月 日
お名前	(男 ・ 女)	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
ご住所	〒 ※マンション名・部屋番号までご記入ください ・ご自宅電話番号 () — ・携帯電話番号 — — 当院からの案内が不要の方はチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 不要	

①どうされましたか？ あなたの症状を○でかこんでください

- ・めやにが出る
- ・まぶたが腫れた
- ・見えにくい (遠く 近く)
- ・痛い
- ・何かできた
- ・視野が欠ける (視界の中に見えない部分がある)
- ・かゆみ
- ・眼が乾く
- ・黒いもの (虫や糸くずのようなもの) が見える
- ・充血 / 出血
- ・眼が疲れる
- ・メガネの処方せんがほしい
- ・涙が出る
- ・異物が入った
- ・コンタクトレンズ処方希望
- ・かすむ
- ・二重に見える (装用経験 あり ・ なし)
- ・他院からの紹介状を持参した
- ・その他 []

②どちらの眼ですか？ ・右眼 ・左眼 ・両眼

③いつごろからですか？

- ・今日から
- ・ 日前より
- ・ 週間前より
- ・ カ月前より
- ・ 年前より

④今までに、眼の病気にかかったことはありますか？

- ・ない
- ・ある
- ・アレルギー性結膜炎 (花粉症)
- ・はやり目
- ・緑内障
- ・白内障
- ・網膜剥離
- ・眼のケガ
- ・角膜ヘルペス
- ・その他 ()

⑤今までに、手術を受けたことがありますか？

- ・ない
- ・ある
- ・眼科：
- ・その他の科：

⑥現在かかっている病気、過去にかかったことのある病気はありますか？

- ・ない
- ・ある
- ・糖尿病
- ・高血圧
- ・心臓病
- ・喘息
- ・アトピー
- ・その他 ()

⑦現在内服中の薬がありますか？ ・ない ・ある ()

⑧薬を使用して異常やアレルギーはありますか？

- ・ない
- ・ある ()

⑨メガネ、コンタクトレンズを使用していますか？

- ・いいえ
- ・はい
- ・メガネ (遠く用・近く用・遠近両用)
- ・コンタクトレンズ (ハード・ソフト)

⑩ご自身で自動車やバイクを運転されて来ましたか？ ・いいえ ・はい

⑪以下に該当する方は○をつけてください

- ・妊娠中 (週)
- ・授乳中

⑫当院をどのようにお知りになりましたか？ 差し支えなければご紹介者さまのお名前をご記入ください

- ・以前来たことがある
- ・ホームページ
- ・道路脇看板
- ・医院の前を通過して
- ・他院の紹介
- ・家族の紹介
- ・友人、知人の紹介 (様よりご紹介)
- ・LINE
- ・Instagram を見て
- ・検索サイト ()
- ・その他 ()

⑬お薬手帳の発行を ・希望する ・希望しない ※お薬手帳をお持ちの患者さまは受付にお出しください。

⑭マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ ・はい ・いいえ

※診療についてご要望があればご記入ください

