

問診票

フリガナ お名前	住所 〒
生年月日 年 月 日 (歳)	性別 男 女
電話番号	職業

1. どうされましたか？ （ 右目 ・ 左目 ・ 両目 ）が

・見えづらい ・かすむ ・痛い ・かゆい ・赤い ・かわく ・めやに ・ごろごろする
・まぶしい ・はれている ・黒いものが見える ・目が疲れる ・検診にて受診するように言われた
・コンタクトレンズ処方 ・メガネ処方 ・その他の症状()

2. いつごろからですか？ () から

3. 現在、他の医療機関へ通院中ですか？ また、どのような症状で通院中ですか？

いいえ・はい → 医療機関名・症状()

4. 今までに目の病気または大きな病気（手術や入院等）にかかったことはありますか？

いいえ・はい → いつどのような病気ですか？ ()

5. アレルギーはありますか？

いいえ・はい → ・花粉症 ・ぜんそく ・アトピー ・その他()

6. 今までに薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか？

いいえ・はい → どのような薬ですか？（ ）

どうなりましたか？ ()

7. 現在お使いのお薬や目薬はありますか？

いいえ・はい → どのようなお薬ですか？ ()

8. 現在、妊娠中や授乳中の方はお知らせください。

妊娠（ ）ヶ月 ・妊娠の可能性あり ・授乳中 ・妊娠の可能性なし

9. コンタクトレンズを使用したことがありますか？

いいえ・はい → 1日装用時間 時間、週に 日間使用

コンタクト使用歴 年（ハード 年・ソフト 年・使い捨て 年）

現在ご使用のコンタクトレンズ名（ ）

10.ご家族・知人の方の紹介であれば、お名前のご記入をお願いいたします。

() 様) 生年月日 年 月 日: 家族、友人、知人、その他()

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めます。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。