

問診票

来院日 西暦_____年_____月_____日

住所 〒_____—_____

電話番号 (_____) _____—_____

(フリガナ)
患者様氏名

生年月日 西暦_____年_____月_____日

①本日はどのような症状で来院されましたか？

- (右 左 両) 眼が_____頃から
- 見えにくい
 - 目やにが出る
 - 腫れている
 - (めがね コンタクト) を作りたい
 - (学校検診 健康診断) で指摘を受けた
 - その他_____
 - 光が見える
 - 赤い
 - 目が疲れる
 - (学校検診 健康診断) で指摘を受けた
 - 黒い物が飛んで見える
 - かゆい
 - ゴロゴロする
 - 涙がたくさん出る

②現在治療中の病気はありますか？

- ある →糖尿病、高血圧、心臓病、喘息、その他_____
- ない

③今まで薬や注射で具合が悪くなった事がありますか？

- ある →薬剤名_____
- ない

④本日はコンタクトレンズを装用されていますか？

- はい →ソフトコンタクト (1Day 2Weeks マンスリータイプ)
ハードコンタクト
- いいえ

⑤現在妊娠している可能性はありますか？ (女性の方のみ)

- はい
- いいえ

⑥来院時の交通手段についてお答え下さい。

- 公共の交通機関
- 車に同乗
- 車、バイク
- 自転車を自分で運転
- 徒歩

ご記入お疲れ様でした。