

問 診 表

フリガナ
氏名

(男・女) 電話 () -

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

住所 〒

1. どのような症状ですか？

- いつから () (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼) が
- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> めやに、涙が出る | <input type="checkbox"/> かすむ、視力が悪い |
| <input type="checkbox"/> ゴロゴロする、かゆい | <input type="checkbox"/> 眼が疲れる |
| <input type="checkbox"/> 赤い | <input type="checkbox"/> 黒いものが飛ぶ |
| <input type="checkbox"/> できもの、腫れている | <input type="checkbox"/> 痛い |
| <input type="checkbox"/> メガネ・コンタクト希望 | <input type="checkbox"/> その他 _____ |

症状が出てから 良くなっている 悪化している 変わらない

2. 今まで眼の病気で眼科にかかれたことはありますか？

- はい 白内障 ・ 緑内障 ・ 結膜炎 ・ ものもらい ・ 花粉症
 いいえ その他 _____ いつ頃 _____

3. 現在、他の病院・医院で治療を受けていますか？

- はい 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アトピー
 いいえ その他 _____

4. アレルギーと言われたり、薬や注射で異常を起こしたことはありますか？

- はい の場合 → 薬 ・ 注射の名前 _____
 いいえ

5. 普段、コンタクトレンズを装着されていますか？

- はい の場合 → レンズ名 _____
 いいえ

6. (女性の方のみ)現在妊娠中、あるいは妊娠している可能性はありますか？

- はい いいえ

7. 当院を何でお知りになりましたか？(紹介であれば紹介者名も) _____

8. 他にお困りのことがございましたらご記入下さい