問　　診　　票

ふりがな		男・女	職業	生年月日	大正　昭和　平成
お名前					年　月　日　才
住所	〒			電話　（　　）　ー	

①　当院を何でお知りになりましたか？

・知人の紹介　　・他病院（　　）からの紹介
・近所　　・通りすがり　　・看板・広告　　・ホームページ
・その他　（　　）

②　どうされましたか？（両眼・右眼・左眼）：　あてはまる症状すべてに❍ を付けてください

・目やに　・赤い　・かゆい　・痛い　・ごろごろ　・かわく　・涙がでる　・疲れる
・見えづらい（遠く・近く）・ゆがむ　・まぶしい　・はれている　・異物が入った
・何か飛んで見える（虫・糸・輪っか）・二重に見える　・かすむ　・ぶつけた
・メガネ希望　（近用・遠用・遠近両用）
・コンタクトレンズ希望　（使用経験あり・なし）使用レンズ（1day・2week・ハード）

③　その症状は、いつごろからですか？

（　　）

④　今まで眼の病気や手術をされたことがありますか？

・いいえ
・はい　　・病名（　　）　・手術名　（　　）
　　・いつごろ（　　）　・どちらの病院で（　　）

⑤　今までにかかった(現在かかっている）病気はありますか？

・いいえ
・はい　　・糖尿病　・高血圧　・心臓病　・腎臓病　・リュウマチ
　　・肺疾患　・ぜんそく　・アトピー　・脳梗塞　・蓄膿症
　　・その他（

⑥　⑤で「はい」と答えた方は、どちらの病院に通院されていますか？

（　　）

⑦　現在、飲んでいる薬はありますか？

・いいえ　・はい（　　）

⑧　薬でアレルギーがでたことがありますか？

・いいえ　・はい⇒どのような薬ですか？（　　）

※　女性の方へ　　（投薬の関係のため次の質問にお答えください）

◎　現在、妊娠または授乳されていますか？　・いいえ　　・はい（妊娠中　　授乳中）

ご協力ありがとうございました。記載していただいた個人情報は、診療の目的のみに使用いたします。

岐南眼科