

問 診 票

郵便番号 _____

住 所 _____

フリガナ _____

氏 名 _____ 男・女 大・昭・平 年 月 日生

電話番号 _____

① 今日はどうのような症状で来院されましたか？

右	左	症 状	いつ頃からですか？
		めやに、なみだが出る	
		ゴロゴロする	
		眼が赤い	
		眼がかゆい	
		眼が痛い	
		かすむ、視力が悪い	
		眼が疲れる	
		黒い物が飛ぶ	
		メガネまたはコンタクト希望	
		その他 ()	

② メガネまたはコンタクトレンズを利用していますか？

はい _____ いいえ

③ 今まで、眼の病気で眼科にかかれたことがありますか？

病 名 _____ いつ頃 _____ 病院名 _____

病 名 _____ いつ頃 _____ 病院名 _____

④ 現在、他の病院で治療を受けていますか？

糖尿病 _____ 病院名 _____

高血圧 _____ 病院名 _____

心臓病 _____ 病院名 _____

その他 _____

⑤ アレルギーといわれたり、薬や注射で異常を起こしたことがありますか？

薬・注射の名前 _____

卵 アレルギー性鼻炎 花粉症 動物 その他