

# 問診票

ふりがな お名前	男 女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
〒 ご住所	電話番号 自宅 ( ) 携帯 ( )	

次の項目に、○及び記入をお願いします。

- いつ頃から どちらの目に どのような症状がありますか？  
年 月 日頃から / 右目・左目・両目 / 充血・めやに・痛み・かゆみ

その他の方は、具体的にご記入下さい。

( )

- 目の病気や手術をされたことがありますか？ (はい・いいえ)  
("はい"とお答えの方は、病名・手術名といつ頃かをご記入ください。)

( )

- メガネ・コンタクトを使用されていますか？ (はい・いいえ)  
メガネ 老眼鏡 コンタクト ( 使い捨て・ハード・ソフト )

- 現在治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)  
糖尿病 高血圧 心臓病 喘息 てんかん アトピー その他 ( )

- 現在使用している点眼・内服・軟膏はありますか？ (妊娠中・授乳中の方はその旨ご説明下さい。)

( )

- ご家族 (血縁者のみ) に次の病気の方はおられますか？ (はい・いいえ)  
白内障 緑内障 糖尿病 高血圧 心臓病 喘息 てんかん アトピー その他 ( )

- 過去にお薬 (飲み薬・麻酔薬など) で、アレルギー症状 (発疹・気分が悪くなるなど) が出たことはありますか？ (はい・いいえ)

使用された薬の名前 ( )  
どのような症状が出ましたか？ ( )

- 当院をどちらでお知りになりましたか？

以前受診していた 知人の紹介 家族の紹介 インターネット その他 ( )