

フリガナ		性別 ☐ 男 ☐ 女	生年 月日	☐ 大正	☐ 昭和	☐ 平成	☐ 令和
氏名				年 月 日 (歳)			
住所	〒 -						
電話 番号	- -		携帯 番号	- -			

- 1) どんな症状ですか？
☐見えにくい（近く ・ 遠く） ☐痛い ☐かゆい ☐目が赤い ☐目が疲れる ☐何かできた
☐目やにが出る ☐異物感 ☐浮遊物が見える ☐乾く ☐薬が欲しい（内容： ）
☐メガネ、コンタクトが作りたい ☐その他（ ）
- 2) どちらの目ですか？
 右目 ・ 左目 ・ 両目
- 3) いつごろからですか？
 ・ 今日から ・ 日前から ・ 週間前から ・ か月前から
- 4) 今までに目の病気にかかったことはありますか？
☐ない ☐ある ☐アレルギー性結膜炎（花粉症） ☐はやり目 ☐緑内障 ☐白内障
☐網膜剥離 ☐目のケガ ☐角膜ヘルペス ☐その他（ ）
- 5) 今までに手術を受けたことはありますか？
☐ない ☐ある（眼科： 他科： ）
- 6) 現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？
☐ない ☐糖尿病 ☐高血圧 ☐喘息 ☐心臓病 ☐アトピー ☐腎臓病
☐その他（病名： ）
- 7) ご両親、ご兄弟でかかっている病気はありますか？
☐ない ☐糖尿病 ☐高血圧 ☐喘息 ☐心臓病 ☐アトピー ☐腎臓病
☐その他（病名： ）
- 8) 現在、目薬や飲まれているお薬はありますか？
☐なし ☐ある（お薬の名前が分かるようでしたら、記入いただけますと幸いです）
 （ ）
- 9) 薬や注射のアレルギーはありますか？
☐ない ☐ある（ ）
- 10) メガネ・コンタクトレンズは使われていますか？
☐いいえ ☐はい（メガネ ・ 老眼鏡 ・ コンタクトレンズ ）
- 11) 当院を何でお知りになりましたか？
☐当院を直接見て ☐他院より紹介（ ） ☐ホームページ（携帯・PC）
☐看板広告 ☐タウンページ ☐家族、知人から（ ）様より **問診確認**
☐当院職員から（ ）より ☐その他（ ） **Ns**

※記入いただいた個人情報は、診療以外で使用することはありません。

問診確認
Ns