

問 診 票

患者様の個人情報は医療法に基づき完全に保護され、診療目的以外の利用はない事を確認します。				
フリガナ				電 話
お名前				自宅
				携帯
ご住所	〒			
生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	歳	男 女

① 来院目的は？ あてはまる項目に○をお付け下さい。

- ・ 充血・目が赤い (右 左 両) ・ 痛み (右 左 両)
- ・ 目ヤニ (右 左 両) ・ 目がかゆい (右 左 両)
- ・ 異物感 (ゴロゴロ) (右 左 両) ・ 視力低下 (右 左 両)
- ・ かんそう (右 左 両) ・ まぶたの腫れ (右 左 両)
- ・ 目の疲れ・頭痛・飛蚊症
- ・ その他の症状 ()
- ・ メガネ処方希望 (遠用 ・ 近方用 ・ 遠近両用)
- ・ コンタクトレンズ処方希望 1、使用するのは初めて 2、ハードレンズ
3、ソフトレンズ (1DAY ・ 2WEEK ・ 1MONTH)

② 症状があるのは、いつ頃からですか？ ()

③ 治療中の病気は在りますか？ 白内障・緑内障・高血圧・糖尿病
その他 ()

④ 現在使用中の薬剤は在りますか？ なし あり ()

⑤ アレルギーはありますか？ なし あり
花粉症 ・ 鼻炎 ・ アトピー ・ ぜんそく ・ その他 ()

⑦ 女性の方にお伺いします。
妊娠中 ・ 授乳中 ・ その他特記事項 ()

⑧ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？
知人、家族の紹介 ・ 看板 ・ 通りがかり ・ ホームページ ・ ポスター