

問診票

お手数ですが、ご記入願います。

(ふりがな)	
お名前	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
〒	-
ご住所	電話番号

- このたびはどういうことで来院されましたか？
1) 物が見えにくい 2) 目がかゆい 3) 目が赤い 4) 目やにがでる 5) 目が痛い
6) 涙がでる 7) 目の検診 8) めがね・コンタクトレンズ*を作りたい 9) その他
- 上の症状はいつ頃からありますか、またどちらの目ですか？
(日前から、 ヶ月前から、 年前から) (右目・左目・両方)
- 今までに目の病気をされたことがありますか？
(はい・いいえ) (病名： 眼科名：)
- 今までにかかったことのある病気がありますか？
(高血圧、糖尿病、心臓病、腎臓病、結核、喘息、その他)
- 今現在、かかりつけの病・医院はありますか？
(はい・いいえ) (病医院名：)
- 今現在、服用されているお薬はありますか？
(はい・いいえ) (お薬名：)
- 今まで手術されたことはありますか？
(はい・いいえ) (いつ： 病名： 病医院名：)
- 今までに花粉症、薬や食べ物などアレルギーを起こしたことがありますか？
(はい・いいえ) (アレルギー名：)
※上記で、はいと答えられた方、アレルギーの検査を希望しますか？
*注射を使わない少量の採血でアレルギー性結膜炎の主要8項目が20分で解かる検査等があります。
(はい・いいえ・相談したい)
- 家族の中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？
(はい・いいえ) (病名：)
10. 女性の方のみ、お答えください。
現在、妊娠していますか？ (はい・いいえ)

どうもありがとうございました。