

問診票

患者ID _____

本日の日付	平成	年	月	日	フリガナ	性別	《 男性 女性 》
お名前						年齢	歳
電話番号	()	—	()	—	()		
携帯番号	()	—	()	—	()		

本日の移動手段を○で囲んでください。

【 車 徒歩 自転車 電車 バス 】

現在の症状、発生時期について記入、または○で囲んでください。

____年__月__頃から 【 右眼 両眼 左眼 】が

【見えにくい】 【痛い】 【かゆい】 【めやに】

【充血】 【黒いものが見える】 【歪んで見える】

来院動機と希望を○で囲んで下さい。

【検査と診察】 【眼鏡をつくりたい（遠 中 近）】

【コンタクトをつくりたい（ソフト 相談 ハード）】

【手術希望（白内障手術 レーシック その他）】

その他症状等があれば下記に記入して下さい。

今までに眼の病気はありましたか？または診断されていた病気はございますか？

病院名【 _____ 】 病名【 _____ 】

服用、使用されていたお薬【 _____ 】

あてはまる項目を○で囲んでください。または記入して下さい。

【糖尿病】 【高血圧】 【心臓疾患】 【脳疾患】 【喘息】

【前立腺肥大】 【その他（ _____ ）】

現在内服、使用、もらっているお薬はございますか？

(_____)

お薬のアレルギーはございますか？

(_____)

過去に手術、病気はございますか？

(_____)

女性の方へ 現在妊娠されていますか？

【はい】 【いいえ】

その他お伝えしたいことがある方はこちらに記入をお願いします。