

問 診 票

年 月 日

フリガナ お名前		年齢 性別	才 男性・女性
住所	〒	職業	
電話	自宅 勤務先	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日

1. 本日受診された理由をお書き下さい。いつから、どのように具合が悪いですか？
見にくい 痛い 腫れた 目やに などありますか。それはどちらの目ですか。

*そのためにどこかに受診されたことがありますか？

時期 _____ 病院 _____

2. 今まで目の病気をしたことがありますか？ある場合は時期や病院名を教えてください。

病名 _____

時期 _____ 病院 _____

3. これまでその他の病気にかかったことがありますか？わかれば○を付けて下さい。

ぜんそく アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 その他アレルギー

高血圧 糖尿病 心臓病 結核 その他 ()

*そのために何かお薬を使っていますか？ ()

4. 今までにお薬や注射などで何か異常が出たことがありますか？

薬の名前 _____

5. お使いのコンタクトレンズについて (ハード・ソフト・1日 2週間 1ヶ月 使い捨て)

6. 女性の方に質問です。現在妊娠または授乳中ですか？ (はい・いいえ)

当医院をどのように知りましたか？

知人に聞いて 広告・看板を見て インターネット その他 ()