

問診票

お手数ですが、ご記入お願いいたします。

(フリガナ)	
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

1. 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
10)ものが飛ぶ、飛蚊症、光るものがみえる。

2. 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)

3. 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:)

4. 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)

5. 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:)

6. 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:)

7. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

(はい、いいえ、わからない)

8. 家族の中で目の病気をされた方がいらっしゃいますか？

(はい・いいえ) (病名:)

9. 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、わからない)

10. どこでこの医院をお知りになりましたか？

(知人からの紹介 様、医院、病院からの紹介 先生
西明石駅看板、道沿いの看板、通勤通学の通り道、チラシ
その他)

どうもありがとうございました。