

# 問診票

お手数ですが、ご記入をお願いします

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

## 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) 眼鏡・コンタクトを作りたい    9) その他 ( )

## 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 ・ 両目

## 3. 今までに目の病気をされたことがありますか？

いいえ ・ はい (病名: \_\_\_\_\_ / 眼科名: \_\_\_\_\_)

## 4. レーシックを受けたことがありますか？

いいえ ・ はい (\_\_\_\_年前 / 眼科名: \_\_\_\_\_)

## 5. 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 ・ 皮膚疾患 ・ 喘息 ・ 前立腺肥大症 ・ その他 ・ なし  
かかっている病院名: \_\_\_\_\_ / 担当医: \_\_\_\_\_

## 6. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか？

いいえ ・ はい (\_\_\_\_\_)

## 7. 【女性の方】現在、妊娠していますか？

いいえ ・ はい (\_\_\_\_ヶ月)

## 8. 当院をどこでお知りになりましたか？

- 1) 他院から紹介    2) 薬局から紹介    3) 駅看板    4) 電話帳  
5) バス広告    6) コンタクト広告    7) 知人に聞いた    8) 近くを通過  
9) インターネット    10) 診療案内を見て

どうもありがとうございました