問　診　票

フリガナ		生年月日	明・大 昭・平　　年　　月　　日（　　歳）	男・女	職　業
お名前					
ご住所	〒			電話番号	

1. 該当する箇所に〇を付けてください。※複数可

（ 右目 ・ 左目 ・ 両目 ）

・痛い　・かゆい　・充血　・ごろごろする　・かすむ
・めやにが出る　・乾燥する　・腫れている　・目がつかれる　・まぶしい
・見えにくい　・黒いものが見える　・白内障の検査希望　・緑内障の検査希望
・処方箋発行希望　→ どちらかに〇を付けてください。（ メガネ ・ コンタクトレンズ ）
・その他（　　）

↓

コンタクトレンズが未経験の方は次の点ご注意ください。

・20歳未満の方は、保護者の同伴が必要です。
・メガネをお持ちでない方への処方はしておりません。

2. 症状のある方におうかがいします。
それはいつ頃からですか？
（　　）前から

3. 今まで目の病気にかかったことはありますか？ もしくはかかっていますか？
いいえ ・ はい　→　どのような病気ですか？　（　　）
それはいつ頃ですか？　（　　）
どちらの眼科ですか？　（　　）
現在使用している点眼の名前　（　　）

4. アレルギー等はありますか？
いいえ ・ はい　→　ぜんそく ・ 花粉症 ・ アトピー ・ その他　（　　）

5. 今まで薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？
いいえ ・ はい　→　どのような薬でしたか？　（　　）

6. 今までかかった（現在かかっている）病気はありますか？
糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ その他　（　　）

7. 現在飲んでいる薬はありますか？
いいえ ・ はい　→　どのような薬ですか？　（　　）

8. 現在妊娠中や授乳中の方はお知らせください。
妊娠中（　　ヵ月）　・　授乳中

9. メガネはお持ちですか？
持っている（ 使っている ・ 使っていない ）　・　持っていない　・　使用したことがない

10. コンタクトレンズの使用経験はありますか？
いいえ ・ はい　→ ハード ・ ソフト ・ 使い捨て　・　度なしカラーレンズ ・ 以前使用経験あり

↓

11. 本日はお車を運転して来院されましたか？　作成場所（ 眼科 ・ 雑貨屋 ・ ネット購入 ）
いいえ　・　はい

12. 安田眼科はどのようにしてお知りになりましたか？
・家族知人の紹介　（ 当院通院中のご家族・知人名　　様 ）
・看板　・ホームページ　・電話帳　・他医療機関からの紹介　・ご案内カード
・高の原イオンの他施設　・イオン館内案内　・１１９番　・その他（　　）

ご協力ありがとうございました。

【 検査員 記入欄 】

ＨＰダウンロード