

問 診 表

お名前		性別	生年月日		年齢
ふりがな			男	大・昭	年 月 日
		女	平・令		
					電話
			携帯電話		
住所					

1. 今日はどうしましたか

右眼・左眼・両眼（ 年 月 日頃から）
 視力低下・充血・かゆみ・目やに・ゴロゴロする・涙・腫れ
 痛み・かすみ（近く・遠く）・黒いものや糸くずが見える
 けが・コンタクト作製・その他（ ）

2. メガネやコンタクトを使用していますか

遠くを見る眼鏡・老眼鏡・コンタクト（ソフト・ハード）・ない

3. 当院を知った理由をお聞かせ下さい

新聞・広告・インターネット・看板・口コミ・紹介（ ）

4. 今までに眼の病気・手術をしたことがありますか ある ・ ない

ある場合 病名（ ） 病院名（ ）

5. 今までに病気をしたこと、通院している病院はありますか ある ・ ない

高血圧・糖尿病(HbA1c %)
 ・心臓病・腎臓病・喘息・その他（ ）
 ある場合 病院名（ ）

6. アレルギー（食べ物・薬など）はありますか

ある場合 薬（ ） ・ ない
 食べ物（ ）

7. 本日運転をする予定はありますか ある ・ ない

※眼底検査を受けられる場合4～5時間運転ができなくなります

8. 女性の方のみ

現在妊娠されていますか はい・いいえ
 授乳中ですか はい・いいえ