問　診　表

お名前		性別	生年月日	年齢
ふりがな			明・大 昭・平　　年　　月　　日	満　　才
		男 ・ 女	電話	
住所				

1. 今日はどうしましたか

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）・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

メガネ・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. 他の眼科に受診したことがありますか　ある　・　ない

ある場合　理由（　　）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・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. 当院までの交通手段を教えてください

車（本人・送迎）・歩き・自転車・タクシー・バス

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