

問 診 表

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