

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