

# 問 診 票

(ふりがな)

お名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 )

〒 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( )

携帯電話 ( )

## 1. 今回はどういう症状で来院されましたか？ 右目 ・ 左目 ・ 両方

- 1) 物が見えにくい    2) 目がかゆい    3) 目が赤い    4) 目やにがでる    5) 目が痛い  
6) 涙がでる    7) 目がゴロゴロする    8) めがねを作りたい    9) コンタクトレンズを作りたい  
10) その他( )  
いつから( )

## 2. 現在、他の医療機関に通院していますか？ いいえ ・ はい

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ その他 ( )  
医療機関名( ) 受診日( )

## 3. 今までに目の病気をされたこと、現在 他の眼科に通院されていますか？

いいえ ・ はい (いつ頃: 病名: 眼科: )

## 4. レーシックまたは I C L (有水晶体眼内レンズ) を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい ( レーシック ・ I C L [有水晶体眼内レンズ] )

## 5. 今現在、服用されているお薬はありますか？ ※お薬手帳を受付に提出してください。

いいえ ・ はい (薬の名前 )

## 6. 今までに大きな病気にかかったことがありますか？(入院・手術等)

いいえ ・ はい 病名( )  
いつごろ( ) 医療機関名( )

## 7. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ ・ はい (薬: 食べ物: )  
(症状 )

## 8. 女性の方のみ、お答えください。

現在、妊娠していますか？ いいえ ・ はい ・ 授乳中

ご記入ありがとうございました。 さとう眼科