

# 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ICL(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・ICL[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