

# 問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
氏名		年齢			(	歳)
電話番号	(携帯)		(ご自宅)			

**本日はどうなさいましたか？ 複数の症状がある場合は、最も気になる症状に◎をつけてください**

【 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 】

よく見えない ・ かすむ ・ 二重に見える ・ ゆがんで見える ・ 目が疲れる ・ 目が痛い

充血（目が赤い） ・ 目やにがでる ・ 涙がでる ・ 目がかゆい ・ まぶたが腫れた ・ できものができた

ゴロゴロする ・ 乾いた感じがする ・ ゴミのようなものが浮かんでみえる ・ 眼鏡処方 ・ コンタクトレンズ処方

緑内障の相談 ・ 白内障の相談 ・ 学校検診 ・ 子どもの目について

その他（ ）

**目の症状はいつからですか？**

（ ）日前から ・ （ ）か月前から ・ 徐々に

**今まで目の病気を指摘されたことはありますか？**

いいえ ・ はい （病名： ） いつからですか？： （ ）

**目薬や飲み薬などのアレルギーはありますか？**

いいえ ・ はい （お薬名： ）

**現在治療中、または今までにかかった病気はありますか？**

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心疾患 ・ 呼吸器疾患 ・ 前立腺肥大 ・ その他（ ）

特になし

**普段は眼鏡やコンタクトレンズを使われていますか？**

何も使用していない ・ 眼鏡を使用している ・ コンタクトレンズを使用している

**本日はどのような交通手段でご来院されましたか？**

徒歩 ・ 自転車 ・ バイク ・ 車 ・ バス ・ 電車

**当院をどのようにしてお知りになりましたか？**

当院のホームページを見て ・ 病院紹介のページを検索して ・ 知人の紹介 ・ 看板を見て ・ 他の医院からの紹介

その他（ ）

ご協力ありがとうございました。