問　診　票

受付　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	大・昭 平・令　　年　月　日
おなまえ		性　別	男　・　女
現住所	〒	TEL	(　　)

(1) どうされましたか。(○印をつける)

① 視力低下	⑤ 目がかゆい	⑨ 異物が入った
② 目が赤い	⑥ 出血	⑩ 黒いものが飛ぶ様な気がする
③ 目やにが出る	⑦ 打撲	⑪ 目が疲れる
④ ころころする(異物感)	⑧ 痛い	⑫ 目が乾く

その他 (　　)

(2) 過去に眼科を受診し、治療、手術、検査等行った事がある方はわかる範囲でご記入ください。

はい ——→ 病　名 (　　) 病院名 (　　)

(3) 次の病気にかかったことがありますか。(○印をつける)

高血圧　　糖尿病　　心臓病　　ぜん息　　花粉症

アレルギー性鼻炎　　リウマチ　　その他 (　　)

(4) 過去に飲み薬・注射の副作用で具合が悪くなったことがありますか。

はい ——→ どんな薬ですか。

(　　)

いいえ

(5) 現在妊娠していますか？

はい ——→ 何ヶ月ですか (　　ヶ月) ・ いいえ

(6) コンタクトレンズを普段使用していますか。

はい・いいえ

└→ 使用している方、現在両目ともレンズを外していますか？

はい・いいえ⇒先に必ず両目ともレンズを外してください。

ケースをお持ちでない方は受付にお知らせください。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。