問　診　票

令和　　年　　月　　日

ふりがな
お名前　　男・女　　大・昭・平・令　　年　　月　　日生

住所　〒

携帯電話番号　　電話番号　　ご職業

緊急連絡先　氏名：　　（続柄）　　電話番号

① 今日はどちらの眼が気になりますか？
・右眼　　・左眼　　・両眼

②それはどのような症状ですか？

・かすみ目（霧視）　・近くが見えにくい　・遠くがみえにくい　・目が疲れる
・充血する　・かゆみ　・めやに　・異物感　・眼痛　・目が乾燥する
・涙が出る　・虫が飛んで見える　・光が見える　・歪んで見える　・二重に見える
・まぶたが腫れる　・まぶたが下がる　・頭痛　・吐き気
・コンタクトレンズ処方の希望（ 初めて ・ 経験あり ）
・その他（　　）

③いつ頃からですか？　（　　）

④ご自身で考えられる原因はありますか？
・ない　　・ある（　　）

⑤現在、治療中の病気はありますか？　・ない　・ある
・糖尿病　・高血圧　・腎臓病　・肝臓病　・心臓病　・リウマチ　・喘息
・アレルギー疾患　・その他（　　）

⑥薬や食品などで、じんま疹などアレルギーを起こした事がありますか？
・ない　　・ある（　　）

⑦女性の方で現在、妊娠中または、妊娠の可能性はありますか？
・ない　　・ある

⑧その他、医師に伝えておきたい事があれば教えてください

⑨当院に来院されたきっかけは何ですか？
・家族、知人等の紹介　　・病院等の紹介　　・近所　　・インターネット
・広告等で見た　　・その他（　　）