

初めての患者様、久しぶりの受診の方は問診票のご記入をお願いします。

当院では目の異常を早く見つけるため、視力・眼圧の検査をさせていただいております。

問診票

ふりがな		記入日	西暦	年	月	日
お名前		男	女	生年月日	大正・昭和・平成・令和	
ご住所 〒		ご職業				
お電話 携帯電話		ご自宅				
ご来院のきっかけ		ホームページ	看板	通りがかり	知り合いから聞いた	
		他院からの紹介状	その他()			

1.どのような症状で来院されましたか？該当するものに○をつけてください。

かすむ	ぼやける	見づらい	かゆい	腫れてる	ゴロゴロ	赤い	痛い	疲れる	涙
眩しい	しょぼしょぼする	なんとなく不快感がする			虫やゴミみたいなものが飛んで見える				
健診で引っかかった(具体的に)									
めがねを作りたい					コンタクトレンズを作りたい				
その他 ()									

2.上の症状はいつ頃からありますか？

今日から 日前から 週間前から ケ月前から

3.どちらの目ですか？

右目 左目 両目

4.今までに目以外でかかったことのある病気、もしくは治療中の病気がありますか？

はい 高血圧 糖尿病 心臓病 結核 喘息

いいえ その他()

5.今現在使用されているお薬はありますか？

はい 点眼薬(

内服薬(

いいえ

6.お薬のアレルギーはありますか？

はい 種類・名称()

いいえ

7.現在サプリメントを服用されていますか？

病気の進行予防や治療 ()

※妊娠中、授乳中のかたは御申し出ください。

