

問診票

(ふりがな)									
お名前								様 (男・女)	
生年月日								年 月 日 ()才	
ご住所								〒	
電話 (: 携帯 (

1. 本日の症状を教えてください。

①どちらの目ですか? (右目 ・ 左目 ・ 両目)

②どのような症状ですか?

- 目が赤い (充血・出血) 痛みがある メヤニがでる かゆみがある 涙がでる
 乾燥する 異物感がある 何かが飛んでみえる かすむ ぼやける
 眼鏡を作りたい (遠方用・手元用・遠近両用) コンタクトを作りたい
 学校検診 検診で再検査と言われた その他 ()

③その症状はいつからですか? (日前 ・ ヶ月前 ・ 時間前から)

※現在、コンタクトレンズをつけていますか? (はい ・ いいえ)

2. 他の眼科を受診されましたか? (はい ・ いいえ)

3. 今までに目の病気や手術をした事がありますか? (はい ・ いいえ)

はいの方へ 病名は? ()

いつ頃ですか? ()

4. 今までにかかった病気はありますか? (はい ・ いいえ)

糖尿病 高血圧 喘息 花粉症 その他 ()

5. 現在、服用中の薬はありますか? (はい ・ いいえ)

はいの方へ 薬名 ()

6. アレルギーなど合わないお薬はありますか? (はい ・ いいえ)

はいの方へ 薬名 ()

ご記入お疲れさまでした。
大野眼科医院