

診療申し込み・問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	大正	年	月	日
お名前	様 男・女		昭和			
ご住所	〒 -	一 ご 職 業				
お電話	(ご自宅) - - (携帯等) - -					

この度は、どのような症状で来院なさいましたか？ 複数の症状がある場合、最も気になる症状に◎をしてください。	(右眼 ・ 左眼 ・ 両眼) が 日前から 週前から ヶ月前から 年前から 目ヤニ 充血 (目が赤い) 腫れた 痛い かゆい 見えにくい ゆがむ 二重に (ダブって) 見える 黒いものが飛ぶ ゴロゴロする 疲れる 涙が出る 白内障検査や手術希望 緑内障検診希望 学校検診 その他 () 眼鏡・コンタクトレンズを作りたい
本日コンタクトを装用していますか？	いいえ ・ はい ※ ハード ソフト (ワンデー・2week・他)
現在、他の眼科を受診中でいらっしゃるでしょうか？	いいえ ・ はい ※受診中の眼科名 () 処方されている薬品名 ()
現在治療中の病気や服用中のお薬はございますか？	ない ・ 高血圧、糖尿病、脳梗塞、腎臓病、肝臓病、心臓病、喘息、前立腺肥大、その他 () ※受診中の病医院名 () 服用中の薬品名 ()
薬・食物・検査アレルギーを起こしたことがございますか？	ない ・ ある (薬品・食物・検査名：)
本日の通院手段を教えてくださいませんか？	自家用車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ バス ・ その他 ()

女性のみ、お答えください。

現在、妊娠・授乳中でしょうか？ (いいえ ・ はい (ヶ月) ・ 授乳中)