

(ふりがな)	問診票			
お名前	男・女	明治・大正・昭和・平成	年 月	日生
〒	—			
ご住所	電話番号			
当院を何で知りましたか？ 1)通りがかり 2)口コミ 3)ぱど 4)道路看板 5)ホームページ 6)スタッフ、院長からの紹介 7)ダイレクトメール 8)その他 ()				

- 一番気になっている事はなんですか？
 (右目・左目・両目) が (いつから)
 1) 物が見えにくい (ぼやける・ゆがむ・二重に見える) 2) 目がかゆい
 3) 目が赤い 4) 目やにがでる 5) 目が痛い 6) まぶたが痛い
 7) 涙がでる 8) 学校検診 9) 目の検診 10) めがねを作りたい
 11) その他 ()
 - 今日はコンタクトレンズをつけていますか？ (はい・いいえ)
 - 目薬はお使いですか？ (はい・いいえ) (いつから) (市販・病院)
 - 目の手術・目のレーザーをしたことはありますか？
 (はい・いいえ) (いつ: 病名: 病医院名:)
 - 血縁者の中に以下の病気にかかれた方がいらっしゃいますか？ (はい・いいえ)
 (病名: 緑内障・黄斑変性・網膜色素変性症) (続柄: 祖父 祖母 父 母 兄 弟 姉 妹)
 - 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？
 (はい・いいえ) (アレルギーの原因)
7. 女性の方のみ、お答えください。
- 現在、妊娠していますか？ (はい・いいえ) 授乳中ですか？ (はい・いいえ)
- どんな交通手段でお越しですか？
 (徒歩・自転車・バイク・バス・タクシー・車を自分で運転して・送ってもらって)

 - 現在かかっている病気、または今までにかかった事のある病気がありますか？ (はい・いいえ)
 (高血圧・糖尿病(予備軍も含む) Hb A1c ・脂質異常症・心臓病・腎臓病・肝臓病・結核・喘息)
 - 目以外の手術をされたことはありますか？
 (はい・いいえ) (いつ: 病名: 病医院名:)
11. お薬手帳を (しま持っている・家にある・作っていない) ありがとうございます