

# 問診表

ふりがな:	性別: (男・女)
お名前:	生年月日: (大・昭・平・令) 年 月 日 才
〒 ご住所:	自宅: 携帯:

(1) 本日来られた目的について該当するものがあれば○をつけてください

- ( ) 検査希望 (視力・眼圧・眼底・視野など) ( ) 学校検診  
 ( ) コンタクトレンズ作成・検査  
 ( ) メガネ合わせ ( ) 遠用 ( ) 近用 ( ) 遠近両用  
 ( ) その他症状がある

どちらの目でしょうか? ( ) 右眼 ( ) 左眼 ( ) 両眼

具体的に、いつ頃からどのような症状がありますか?

(2) ご家族や周囲の方に同様の症状の方はおられますか?

ない・ある ( )

(3) 今までに目の病気で治療や手術を受けられたことはありますか?

ない・ある ( )

(4) 今治療中の病気や、今までにかかったことのある病気はありますか?

ない・ある ( 該当するものに○をつけてください )

糖尿病 高血圧 心疾患 (心筋梗塞・狭心症・不整脈など)

アレルギー アトピー 喘息 肝臓病 腎臓病 脳梗塞

その他 ( )

(5) 薬や注射・食べ物等でアレルギーはありますか?

ない・ある (具体的に )

(6) 診療内容を表示した明細書は、ご入り用ですか? (検査結果ではございません)

いる・いない

(7) 妊娠・授乳中である 妊娠(はい・いいえ) 授乳(はい・いいえ)

(8) その他 お伝えしたいことなどがございましたら記入してください

(9) 当院を受診していただきましたきっかけにつきまして、よろしければ教えて下さい

- a: 通りすがり b: ご家族や知人が通院している c: ホームページ d: ネット検索  
 e: 口コミ f: 駅看板 g: 電話帳やテレパル h: 紹介状 その他 ( )