

診療申込み・問診票

*お車で越しの方は、受付にお申し出ください

平成 年 月 日

ふりがな	
お名前	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
〒	-
住所	
電話番号	携帯番号

1. このたびは、どのようなことで来院されましたか？

ものが見えにくい 目がかゆい 目が赤い 目やにが出る 目が痛い 涙が出る
まぶたが腫れている 黒いものが飛んで見える メガネ・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、またどちらの目ですか？

_____ (右目 ・ 左目 ・ 両目)

3. 今までに目の病気をされたことがありますか？

(はい ・ いいえ) 病名： _____

4. 今までに何か体の病気にかかったことがありますか？

高血圧症・糖尿病・喘息・心臓病・腎臓病・結核・その他： _____

5. 現在かかりつけの病院・医院はありますか？

(はい ・ いいえ) 病院・医院名： _____

6. 今まで目や体の手術を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

いつ： _____ 病名： _____

病院・医院名： _____

7. 食べ物や薬で気分が悪くなったり蕁麻疹が出るなど、アレルギーを起こしたことがありますか？

(はい ・ いいえ) 何で起こりましたか？： _____

8. ご家族に目のご病気をされた方がいらっしゃいますか？

(はい ・ いいえ) 病名： _____

9. 女性の方にお聞きします

現在、妊娠されていますか？ また、妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

10. その他、特に伝えておきたいことがありましたら、何でもご記入ください