

問 診 票

※お手数ですが、ご記入ください（必要なところは、○で囲んでください）

(フリガナ)

お名前： 男・女 生年月日：T S H 年 月 日
ご住所：〒 携帯（電話）番号：

ご職業：会社員 自営業 専門職 公務員 学生 専業主婦 パート 無職 その他

① どんな症状で来院されましたか？

視力低下（かすむ） めやに 眼が痛い 異物感（コロコロする） 眼がかゆい
充血（目が赤い） 涙が出る まぶしい 眼が疲れる 飛蚊症（虫が飛んでいるように見える）
二重に見える まぶたがはれた メガネを作りたい
コンタクトレンズを作りたい（※当院では処方箋のみの発行はしていません）
その他（ ）

② どちらの眼ですか？ ③症状はいつからですか？

右眼 左眼 両眼 （ ）

④ これまでに眼の病気をしたことがありますか？

はい ⇒何の病気ですか？（ ）

いいえ

⑤ 眼科の手術を受けたことがありますか？

はい ⇒何の手術ですか？（ ）・それはいつ頃されましたか？（ ）

いいえ

⑥ 今までに下記の病気をしたことがありますか？

なし 高血圧 糖尿病 心筋梗塞 不整脈 脳梗塞 喘息（ぜんそく）

その他の大きな病気（ ）

⑦ 薬を使った時に副作用が出たことがありますか？

はい ⇒何の薬ですか？（ ）

いいえ

⑧ 今までにアレルギー症状や蕁麻疹（じんましん）が出たことがありますか？

はい ⇒何で症状が出ましたか？（ ）

いいえ

⑨ メガネ（遠方用 近方用 遠近両用）：持ってきている 持ってきていない 持っていない

⑩ コンタクトレンズ：持っていない（1日 約 時間装用）

持っている（ソフトレンズ：1day 2week 1ヶ月、ハードレンズ） メーカー名（ ）

*コンタクトレンズを本日装用していますか？： はい いいえ

*本日装用の場合、コンタクトレンズを外すことはできますか？： はい いいえ

⑪ 当院のことはどこでお知りになりましたか？

近隣で見かけて 駅の看板 知人の紹介 インターネット検索 ホームページ

チラシ・広告 その他（ ）

⑫ 当院への主な交通手段は何ですか？

徒歩 自転車 バス 自家用車・バイク タクシー 電車 その他（ ）

以上になります ありがとうございます

べっしょ眼科クリニック