問診票

フリガナ：	男　・　女
お名前：	生年月日(明・大・昭・平・令)　年　月　日
〒(　　-　　) 住所：	
○携帯番号　　-　　－	○電話番号　　－　　－

【1】 今日はどうなさいましたか？(みぎめ　・　ひだりめ　・　りょうめ)

・痛い　・かゆい　・かわく　・赤い　・めやに　・はれ　・ゴロゴロ

・ぼやける　・ゆがみ　・涙(多い　・　少ない)

・二重に見える　・黒いものが見える(虫のようなもの　・　糸くずのようなもの)

・メガネ処方希望　・コンタクトレンズ処方希望(使用歴　ある　・　ない　)

・その他(　　)

【2】 いつからですか？(　　年　　月　　日頃から)

【3】 今まで眼の病気・ケガ・手術をしたことありますか？(　ある　・　ない　)

ある方はご記入下さい(　　)

【4】 本日はコンタクトをつけていますか？　(　はい　・　いいえ　)

【5】 眼以外の病気がありますか？(ある　・　ない)

・高血圧(有　・　無)　・糖尿病(有　・　無)⇒有と答えた方(インスリン　・　内服)

・その他の病気(通院中　・　治療済)　・病名(　　)

・内服薬(　　)

【6】 今までに薬・食べ物でアレルギー症状を起こした事がありますか？

(ある　・　ない)　原因になったものは(　　)

【7】 女性におたずねします。現在、妊娠はしていますか？またはその可能性はありますか？

(はい　・　いいえ　・　わからない)

ご協力ありがとうございました。　久喜・あだち眼科