問　診　票

記入日　　年　　月　　日

ふりがな			
氏　　名			
生年月日	明・大・昭・平　　月　　月　　日生	性別	男　・　女
住　　所	〒	電話	

（1）眼について、あてはまる症状を○で囲んでください。　右目　・　左目　・　両眼

（イ）眼が痛い　（ロ）眼がかわく　（ハ）眼がかゆい　（ニ）眼がつかれる

（ホ）見えにくい　（ヘ）眼が充血する　（ト）眼やにが出る　（チ）涙がとまらない

（リ）健康診断で（　　）といわれた

（ヌ）メガネを作りたい

（ル）その他　具体的にお書きください。（　　）

（2）その症状はいつごろからですか？

＿＿＿＿＿＿　日前からある

（3）今までに眼の病気にかかったことがありますか？

ある　・　ない　（病名：

（4）現在かかっている病気はありますか？あてはまるものを○で囲んでください。

・高血圧　・糖尿病　・心臓病　・胃･十二指腸潰瘍　・喘息

・その他（　　）

（5）今までにくすりや注射で具合が悪くなったことがありますか？

ある　・　ない　（薬剤名：

（6）現在通院中の病院はございますか？

ある　・　ない　（病院名：

（7）診察・検査・治療を受けたい病気や気になる病気があれば○で囲んでください。

・白内障　・緑内障　・アレルギー　・結膜炎　・ドライアイ

・近視　・遠視　・飛蚊症　・その他（　　）