

問診票

受付、診察のお待ち時間を短くするため、この用紙にご記入の上、受付へお出しください。

なお、受付順と診察順が疾患、診察の内容により前後する事がありますのでご了承ください。

ふりがな	TEL ()
お名前 様	ご住所
T・S・H 年 月 日生 (歳)	〒

※ メガネ・コンタクト希望の方で、コンタクトを装着中の場合は受付へお声をおかけください。

【1】 ①どのような症状ですか？ (該当するものをすべて○で囲んで下さい)

- | | | | |
|----------|--------|--------|----------------|
| 視力低下 | 赤い | 疲れる | メガネ希望 |
| ぼやける | 痛い | かわく | コンタクト希望 |
| 二重に見える | 目やに | ゴミが入った | 白内障検査 |
| ゆがむ | かゆい | 涙がでる | 日帰り白内障手術 |
| 黒いものが見える | ゴロゴロする | | 緑内障検査 |
| 光がみえる | 腫れている | | 学校検査 |
| 視力検査 | | | レーシック(LASIK)検査 |
| その他 () | | | |

- ②どちらの目ですか？ (右 左 両眼) ③いつごろからですか？ ()

【2】 今までに目の病気をされたことがありますか？

- 1.はい→病名 () 2.いいえ

※現在、治療中の目の病気はありますか？

- 1.はい→病名 () 目薬の種類 () 2.いいえ

【3】 目以外の病気はありますか？ (はい・いいえ)

高血圧・糖尿病・心臓病・胃腸病・腎臓病・肝臓病・脳疾患・整形外科

その他 () 飲み薬 ()

【4】 目以外の病気で、他の病院・診療所に通院していますか？

- 1.はい→病院・診療所名 () 2.いいえ

【5】 今までに薬、食べ物等でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

- 1.はい→その原因になったものは () 2.いいえ

【6】 当院をどこでお知りになりましたか？

- 1.他の病院からの紹介 2.人づて (どなたですか？ 様) 3.当院の看板
4.駅広告 5.通行中 6.インターネット 7.その他 ()

ご記入ありがとうございました。