

問診票

年 月 日

フリガナ			
氏名	男・女		
住所			
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	電話番号

① 今日はどうのような症状で来院されましたか？

見え方: かすむ 見えづらい まぶしい 黒い物が見える

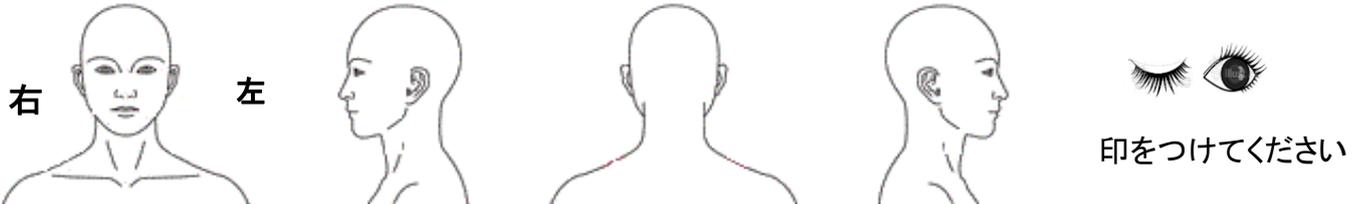
違和感: 痛い かゆい ゴロゴロする ショボショボする かわく

その他: 赤い 腫れている メヤニが多い めまいがする

メガネを作りたい コンタクトを作りたい

自由記入欄 (眼科受診歴など)

② 症状がより強いのはどちらですか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼



③ いつ頃から気になりましたか？(分かる限りで結構です。)

今日 ・ 1日前 ・ 2~3日前 ・ 1週間前 ・ 1か月前
半年前 ・ 以前から ・ 工作中 ・ 通勤中

自由記入欄

④ 診療科は問わず、他院で投薬など治療中の疾患がございますか？

(ぜんそく ・ 不眠不安 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 胃腸疾患 ・ 不整脈)
(その他、聞いている病名:)

⑤ 女性の方のみ 妊娠・授乳されていますか？ はい ・ いいえ

⑥ 当院を何でお知りになりましたか？

・ 病院の建物を見て ・ インターネット
・ 家族、知人から聞いて ・ 他院からの紹介 ・ 以前に来院した事がある
・ その他 ()