

# 問診票

ふりがな

御名前 \_\_\_\_\_ 男・女

ご住所〒 \_\_\_\_\_

お電話番号 \_\_\_\_\_

生年月日 明/大 年 月 日 ( 歳)  
昭/平

ご来院のきっかけは? 看板 ホームページ タウンニュース  
広告 ご紹介(御家族・知人) その他( )

## ●症状をお聞かせ下さい。

( 右眼・左眼・両眼 )

- 見えにくい  かすむ
- ぼやける
- 視力が落ちた
- 眼鏡作成希望
- コンタクト作成希望
- 何かが飛んで見える
- 痛い
- かゆい
- メヤニが出る
- 違和感がある
- 異物感がある
- ぶつけた
- 乾く
- 充血している
- 涙が多く出る
- 腫れた
- その他 ( )

## ●それはいつからの症状ですか？

{ } 年前  
ヶ月前 から  
日前

## ●持病について

- 高血圧
- 糖尿病
- 高脂血症
- ぜんそく
- 心臓病
- その他 ( )

## ●服用中の薬名

( )

## ●アレルギーの有無

あり ・ なし

( )

## ●その他伝えておきたいこと

( )

## ●本日の乗り物運転

あり ・ なし

## ●女性のみ

現在、妊娠・授乳をされていますか？

はい ・ いいえ