

再診問診票

●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
 { } ケ月前 から
 { } 日前

●その他、伝えておきたい事をご記入下さい。

●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

()

※変化ある場合記載して下さい。

●来院時の乗り物運転

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

※来院時、診察券・保険証/医療証等（月が変わっている場合・変更ある場合）は、忘れずにご持参下さい。