# ・問診票・

ふりがな

**名前**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**男 ・ 女**

**住所〒**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**電話番号**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**生年月日　明 大 昭 平　　年　　月　　日　（　　歳）**

ご来院のきっかけを教えて下さい。

□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
□ 視力が落ちた　□ぼやける
□ 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　（ 表面的 ・ 目の奥 ）
□ 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　（何に？　　）
□ 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 / ヵ月前 / 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

**＊受診時、サービス送迎車をご利用されますか？**

□ はい　□ いいえ　□ 必要時

**＊女性のみ**

現在、妊娠・授乳をされていますか？

妊娠　□ あり（　　ヵ月）　□ なし

授乳　□ あり　□ なし