

# 問 診 票

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

ご自身に当てはまるものに  や  をしてください

★ どちらの眼ですか ( 右眼 ・ 左眼 ) ★いつ頃からですか ( から)

★ 症状をお選びください ( 複数ある場合は、すべてに  や  をしてください )

<input type="checkbox"/> 眼が見えにくい	<input type="checkbox"/> 眼が赤い・充血する	<input type="checkbox"/> 近視抑制 (※保険外診療)
<input type="checkbox"/> 物がゆがんで見える	<input type="checkbox"/> 眼が痛い	(マイオピン ・ オルソケラトロジー)
<input type="checkbox"/> まぶしい	<input type="checkbox"/> 眼を打った	<input type="checkbox"/> 健康診断・学校検診
<input type="checkbox"/> 眼が疲れやすい	<input type="checkbox"/> 黒いものが見える・光が走る	<input type="checkbox"/> 視野検査希望
<input type="checkbox"/> 眼がかゆい	<input type="checkbox"/> 物が二重に見える	<input type="checkbox"/> 白内障手術希望
<input type="checkbox"/> ゴロゴロする	<input type="checkbox"/> 眼がはれている	<input type="checkbox"/> 眼鏡処方希望
<input type="checkbox"/> 涙がでる	<input type="checkbox"/> 眼にできものがある	<input type="checkbox"/> 眼科検診希望
<input type="checkbox"/> その他の症状や気になること ( )		
<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ希望 ( 初めて・使用中 ) ( 度数見直し ・ 処方箋希望 )		
(現在お使いのコンタクトレンズ:		1day・2week)

★ 現在、眼鏡やコンタクトレンズを使用されていますか  なし  ある (持参・持参なし)

★ 今までに眼の手術・レーザー治療をしたことがありますか  なし  ある

いつ頃治療されましたか: 病名: :

★ 現在、または今までにかかった病気はありますか  なし  ある

病名: 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ その他 ( )

いつ頃かかられましたか: 現在、飲まれているお薬名: :

★ アレルギーはありますか  なし  ある (お薬・アルコールなど )

★ 【女性の方へ】現在、妊娠中もしくは可能性がありますか  なし  ある

★ 本日はどのようにご来院いただきましたか :

① 徒歩	② 自転車	③ 車	④ 電車	⑤ バス	⑥ その他 ( )
------	-------	-----	------	------	-----------

★ 【当院へ初めてご来院いただいた方へ】 当院をどのようにしてお知りになりましたか

① ネット検索	② 駅の看板(江古田駅・新江古田駅・東長崎駅)	③ 電柱広告
④ 当院の前を通過して	⑤ 他院からのご紹介 ( 医院 )	
⑥ ご家族・ご友人からのご紹介	⑦ その他 ( )	