
問 診 表

お名前	フリガナ	男 女	生年月日	M・T・S・H	年	月	日
	様			電話			
住所	〒 -		職業				

1. 今日はどのような症状で来院されましたか？

右目・左目・両目が _____ 頃から

メガネやコンタクトレンズ 処方希望される方は、その種類をお書きください。

メガネ _____ コンタクトレンズ _____

2. 今までに目の病気をされたことはありますか？

はい・いいえ 病名: _____ 眼科名: _____

3. 過去に治療した、あるいは現在治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ

はいの方
高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・呼吸疾患・アトピー・その他 _____

4. 現在通院中の病院／医院はありますか？

はい・いいえ 病医院名: _____ 主治医: _____

5. 目やお体で、手術を受けられたことはありますか？

はい・いいえ いつ: _____ 才 病名: _____ 病医院名: _____

6. 薬でアレルギーなどの体の異常を起こしたことがありますか？

はい・いいえ 原因: _____

7. 今日はどの交通手段でご来院されましたか？

徒歩・電車・自転車・バス・バイク・自動車（同乗・運転）

8. 現在妊娠中または授乳中の方はお知らせください。

妊娠中（ _____ ヶ月） ・ 授乳中

