

問 診 票

フリガナ			性別	男 ・ 女
お 名 前				
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 才			
現 住 所	(〒 -)			
電話番号1	-	-	電話番号2	-

1. 来院動機

- ・ 以前受診した
- ・ 紹介 (紹介者:)
- ・ 近所 (自宅 ・ 会社)
- ・ インターネット (検索:)
- ・ 看板
- ・ その他 ()

2. 本日は、どちらの目がどのような症状でこられましたか？

右目 ・ 左目 ・ 両目

具体的症状 ()

3. 上記の症状はいつ頃からですか？

()

4. 目の手術を受けたことはありますか？

はい ・ いいえ

(手術内容:) 手術時期: 年 月頃

5. 現在治療中の病気、または今までに治療したことのある病気はありますか？

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 心臓病 (心筋梗塞 ・ ペースメーカー) ・ 脳梗塞 ・ 癌 () ・ その他 ()

6. 常用している薬はありますか？

はい ・ いいえ

()

いままでに副作用が出た薬はありますか？

はい ・ いいえ

()

7. アレルギーはありますか？

はい ・ いいえ

花粉 (春 ・ 秋) ・ アトピー ・ ぜんそく ・ 鼻炎 ・ 結膜炎 ・ その他 ()

8. 本日、自動車やバイクの運転はありますか？

はい ・ いいえ