

問診票

年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	大正 / 昭和 / 平成 / 令和
お名前	様 男・女		年 月 日 才 1歳未満 (ヶ月)
ご住所	〒 -	ご 職 業	
お電話	(ご自宅) - - (携帯電話) - -		

どのような症状 ですか？	いつから() <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 両眼 見えにくい (詳しく:) 痛み (詳しく:) 黒いものが飛ぶ かゆみ・涙目・瞼の腫れ・乾き・健診で目の異常を指摘された 目ヤニ・異物感・充血 眼鏡処方希望 その他()
コンタクトレンズの装用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(保存ケースまたは替レンズ 有 無)
眼科受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (年 月頃 眼科受診) ↳ どのような症状で()
他の科を 受診していますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↳ 糖尿病・高血糖 高血圧・高脂血症・肝臓病・腎臓病・前立腺疾患 脳梗塞・心疾患・喘息・メンタル疾患 その他() 服用中のお薬() 受診している医療機関名()
アレルギーは ありますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↳ アレルギーの詳細(花粉症 薬剤等) ※合わない薬がありましたらご記入ください()
緑内障と診断 されている方へ	紹介状はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつから(年 月から または 歳ごろから) 前医療機関名() 最終受診日(年 月)
※現在妊娠中もしくは授乳中の方はお申し出ください。 ※アレルギー等で薬剤投与の制限がある方は忘れず申告をお願い致します。	