問　診　票

年　　月　　日

ふりがな お名前		生年月日	明・大・昭・平・令 年　月　日　才
ご住所	〒	性別	男　・　女
		電話	（　　）
		携帯電話	（　　）
メール	＠		

① どうされましたか？　（コンタクト処方の方もご記入ください）
痛み　かすむ　かゆい　乾く　赤い　めやにが出る　ゴロゴロする
まぶしい　はれている　黒いものが見える　眼が疲れる　見えづらい
メガネの処方希望　コンタクトの処方希望
※コンタクトレンズ使用経験（　有　・　無　）、コンタクトレンズ1日使用時間（　　時間）
その他（　　）

② その症状は、いつ頃からですか？ 右目　・　左目　・　両目
（　　）日前から、　（　　）ヶ月前から、　（　　）年前から

③ 今まで 目の（手術などの）、大きな病気にかかったことはありますか？ あるいは眼科に通院中ですか？
いいえ　はい ⇒　どのような病気ですか？　（　　）
いつ頃？　（　　）
どちらの眼科ですか？　（　　）

④ パソコンを使いますか？
いいえ　はい ⇒　1日　（　　）時間くらい使用

⑤ 特異体質・アレルギーはありますか？
いいえ　はい ⇒　ぜんそく、　花粉症、　アトピー、　ハウスダスト
その他　（　　）

⑥ 今までに薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか？
いいえ　はい ⇒　どのような薬ですか？　（　　）
どうなりましたか？　（　　）

⑦ 今までにかかった（現在かかっている）病気はありますか？
糖尿病、　高血圧、　心臓病、　腎臓病、　その他　（　　）

⑧ 現在飲んでいる薬はありますか？
いいえ　はい ⇒　どのような薬ですか？　（　　）

⑨ 女性の方に伺います
妊娠されていますか？
いいえ　はい　（　　）ヶ月　わからない

⑩ この眼科をお知りになったきっかけに丸をつけて下さい。
紹介（　　）、　ホームページ（　　）、　家に入っていたチラシ（　　）
新聞折込（　　）、イオン内でもらったチラシ（　　）、電話帳（　　）
看板（　イオン内　街中　）、　富山情報（　　）

⑪ お知らせしたいことがございましたら、ご記入下さい。