問　診　票

記入年月日：　　年　月　日

フリガナ		性別	男　・　女
氏名		生年月日	明・大 昭・平　　年　月　日
住所	〒 TEL　:(　　)　　–		

あてはまる項目があれば○をつけてください。

● いつ頃からですか？　　※特に気になる症状に◎をつけてください。

[　　]前から

部位　:　(　)右目　(　)左目　(　)両眼

症状　:　(　)視力低下　(　)充血　(　)目やにが出る

(　)かゆい　(　)痛い　(　)涙が出る

(　)眼鏡をつくりたい　(　)健康診断でひっかかった

(　)その他　⇒[　　]

● 全身的な病気はありますか？

(　)ある　⇒　(　)糖尿病　(　)高血圧　(　)その他[　　]

(　)ない

● 薬のアレルギーはありますか？

(　)ある　⇒　薬剤名[　　]

(　)ない　(　)わからない

● 今日は車を運転してきましたか？

(　)はい　(　)いいえ

● 過去 1 カ月以内に海外渡航歴はありますか？

(　)はい　⇒　国名[　　]

(　)いいえ

ご協力ありがとうございました。

順番が参りましたらお呼びいたしますので、お待ちください。

【コンタクトレンズをお使いの方へ】
コンタクトレンズは検査・診察時に外して頂きます。ケースまたは眼鏡をご用意ください。

荻窪眼科