

荻窪眼科問診票

年 月 日

お名前 (フリガナ) :	生年月日 年 月 日	年齢・性別 才 男 女
ご住所 (〒)	お電話 : 携帯電話 :	ご職業

(1) ご来院された理由・目的をご記入下さい。または○で囲んでください。

- ・いつからどちらの目にどんな症状がありますか？ (右 ・左)
(視力低下・疲れ・まぶしい・飛蚊・痛み・痒み・乾き・腫れ・その他)
*コンタクトご使用の方は外してお待ち下さい。
- ・眼鏡作製希望 (*予約制です)
- ・コンタクトレンズ作製希望 (*処方箋のみの発行はしておりません)
*現在ご使用中の方はその種類⇒使い捨て 1DAY・2W・ハード・従来型ソフト
- ・健診で異常を指摘された。(具体的にお書きください)
- ・白内障のチェック希望
- ・緑内障のチェック希望
- ・セカンドオピニオンのご相談(内容:)

(2) 今まで目の病気にかかったことや手術を受けたことはありますか？

(いいえ ・ はい)

病名: _____ 時期: _____

病院名: _____

(3) 現在治療中の内科的なお病気はありますか？

(いいえ・はい⇒該当するものを○で囲んでください)

・高血圧 ・糖尿病 ・アレルギー性疾患 ・アトピー性皮膚炎・その他 ()

(4) <女性の方へ> 現在妊娠中ですか？ (いいえ ・ はい⇒妊娠 月)

(5) 今まで注射、飲み薬、点眼薬等でアレルギー症状が出たことはありますか？

(いいえ ・ はい ⇒お薬の名前)

*最後に、当院はどの様にお知りになりましたか？

・知人の紹介 (様)、・駅の看板・ホームページ・その他 ()