

問診表

記入日 年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	大・昭・平 年 月 日生	性別	男・女
住所	〒	電話	
(1) 眼について、あてはまる症状を○で囲んでください。 右眼・左眼・両目			
(イ) 眼が痛い (ロ) 眼がかたく (ハ) 眼がかゆい (ニ) 眼がつかれる (ホ) 見えにくい (ヘ) 眼が充血する (ト) めやにが出る (チ) 涙がとまらない (リ) 健康診断で () と言われた (ヌ) メガネを作りたい (ル) その他 具体的にお書き下さい(
(2) その症状はいつごろからですか？			
日前から			
(3) 今までに眼の病気にかかったことがありますか？			
ある・ない (病名:)			
(4) 現在かかっている病気はありますか？あてはまるものを○で囲んでください。			
・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・ぜんそく ・胃、十二指腸潰瘍 ・その他 ()			
(5) 今までに薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？			
ある・ない (薬剤名:)			
(6) 現在通院中の病院はありますか？			
ある・ない (病院名:)			
(7) 診察・検査・治療を受けたい病気や気になる病気があれば○で囲んでください。			
・白内障 ・緑内障 ・結膜炎 ・ドライアイ ・アレルギー ・近視 ・遠視 ・蚊飛症 ・その他()			