

問 診 表

※必ずご記入ください



ふりがな ()	
お名前 _____ 様	性別 (男 ・ 女)
生年月日 明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	
お電話番号 _____ - _____ - _____	携帯電話 _____ - _____ - _____
住所 〒 _____ - _____ _____	

※ 今日はどうされましたか？

症状はどちらの目ですか？ 右目 左目 両目
いつ頃からですか？ ()

見えにくい 黒いものが飛ぶ

めやに 充血 かゆい

異物感がある 痛い 目が乾く 涙がでる

白内障手術希望 硝子体手術希望

メガネを作りたい コンタクトを作りたい 使用経験 (あり ・ なし)

その他 ()

※ コンタクト使用中の方 今日は装用して来院されていますか？ はい・いいえ

※ 目の病気、目の手術をしたことはありますか？

ない ・ ある

おわかりであれば病名をご記入ください ()

※ 現在目以外の病気で通院、治療を受けていますか？

受けていない 受けている ※病院名 ()

糖尿病・高血圧・心臓病・腎臓病・肝臓病・脳疾患

喘息・アトピー・その他 ()

※ お薬・注射でのアレルギーがあればご記入下さい

ない ・ ある (注射・薬の種類:)

※ 現在、妊娠の可能性はありますか？ (女性の方へ) なし ・ ある

※ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

ホームページを見て 看板を見て 家の近くだから

知人からの紹介 () その他

