問　診　票

フリガナ		男・女	住　所	〒	
氏　名					
生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日　　才		電　話	（　　）	
右の欄はよろしければご記入ください	携帯電話		メールアドレス	@	

❶ 今日はどうなさいましたか？ 該当する番号と［　　］内の右・左・両を○で囲んでください

①見えにくい（視力がおちた）　［右・左・両］
②眼が痛い　［右・左・両］
③ゴロゴロする（異物感がある）　［右・左・両］
④眼がかゆい　［右・左・両］
⑤眼が赤くなった　［右・左・両］
⑥眼やにが出る　［右・左・両］
⑦涙っぽい　［右・左・両］
⑧眼にゴミが入った　［右・左・両］
⑨まぶたがはれた　［右・左・両］
⑩まぶたに何かできた　［右・左・両］
⑪黒いものが見える　［右・左・両］
⑫眼がかわく　［右・左・両］
⑬眼が疲れる　［右・左・両］
⑭メガネを作りたい
⑮コンタクトを作りたい
　○今までにコンタクトは
　a. 初めて　b. 使用中（ソフト・ハード）
　○b. 使用中と答えた方へ、今日は
　a. 定期検査　b. 紛　失
　c. 破　損　d. 古くなったので作りかえたい
⑯その他
［　　］

❷ ❶でお答えいただいた症状はいつ頃からですか？　［　　］

❸ 今までにアレルギー体質や花粉症と言われたことが　ある［　　］　ない

❹ 今まで眼の病気にかかったことがある方は、その病名と時期、診療所を教えてください
病名［　　］　いつ頃［　　］　診療所［　　］

❺ 現在の病気は？（高血圧 / ）・糖尿病・心臓病・喘息・鼻炎・肝炎・その他［　　］

❻ 今まで薬を使用して何か異常があったことが　ある［　　］　ない

OTAKE おおたけ眼科