

問診票

お手数ですが、ご記入ください（必要なところは、○で囲んでください）

(フリガナ)

お名前： 生年月日： T S H 年 月 日
ご住所： 〒 携帯（電話）番号：

① どんな症状で来院されましたか？

視力低下（かすむ） めやに 眼が痛い 異物感（コロコロする） 眼がかゆい
充血（目が赤い） 涙が出る まぶしい 眼が疲れる 飛蚊症（虫が飛んでいるように見える）
二重に見える まぶたがはれた コンタクトレンズを作りたい メガネを作りたい
その他（ ）

② どちらの眼ですか？

右眼 左眼 両眼 （ ）

③ 症状はいつからですか？

④ これまでに眼の病気をしたことがありますか？

はい ・何の病気ですか？（ ）
いいえ

⑤ 眼科の手術を受けたことがありますか？

はい ・何の手術ですか？（ ）
・それはいつ頃されましたか？（ ）
いいえ

⑥ 今までに下記の病気をしたことがありますか？

なし 高血圧 糖尿病 心筋梗塞 不整脈 脳梗塞 喘息（ぜんそく）
その他（ ）

⑦ 薬を使った時に副作用が出たことがありますか？

はい ・何の薬ですか？（ ）
いいえ

⑧ 今までにアレルギー症状や蕁麻疹（じんましん）が出たことがありますか？

はい ・何で症状が出ましたか？（ ）
いいえ

⑨ メガネ（遠見用 近見用 遠近両用）： 持ってきている 持ってきていない 持っていない
コンタクトレンズ： 持っている（メーカー名： ハード CL ソフト CL）
持っていない （1日 時間装用）

*コンタクトレンズは本日装用していますか？： はい いいえ

*コンタクトレンズを本日外すことは可能ですか？： はい いいえ

※当院ではコンタクトレンズ処方（指示書）のみの発行は行っておりませんので、ご了承下さい

⑩ 当院のことはどこでお知りになりましたか？

近隣で見かけて 駅の看板 知人の紹介 インターネット検索 ホームページ
チラシ・広告 その他（ ）

以上になります ありがとうございました
べっしょ眼科クリニック