問　診　票

フリガナ	住所　〒
氏名　　男・女	※アパート名・マンション名も記入して下さい
生年月日　西暦　　年　月　日　才	電話
	携帯
	e-mail　　@

〈当院を、お知りになったのは？〉
電話帳　インターネット（スマートフォン・パソコン）　家族の紹介　友人の紹介
駅看板　電柱看板　救急医療センター　その他（　　）

1.今日はどうなさいましたか？

- 見えにくい（視力が落ちた）【右・左・両】
- 目が痛い【右・左・両】
- ゴロゴロする【右・左・両】
- 目がかゆい【右・左・両】
- 目が赤くなった【右・左・両】
- メヤニが出る【右・左・両】
- 涙っぽい【右・左・両】
- 目にゴミが入った【右・左・両】
- まぶたがはれた、何かできた【右・左・両】
- 黒いものが見える【右・左・両】
- 目が乾く【右・左・両】
- 目が疲れる【右・左・両】
- まつ毛の育毛【希望する】
- メガネ処方希望
- コンタクトレンズ処方希望
- その他

（　　）

現在ご使用のコンタクトレンズのデータ

メーカー（ジョンソン・クーパー・シード・
ボシュロム・アルコン・メニコン・不明）
レンズ名（　　）
データ
右）BC（　　）PWR（　　）
左）BC（　　）PWR（　　）

2.その症状は、いつ頃からですか？　（　　）

3.今までに薬を使用して何か異常があったことが　ない　・　ある（　　）

4.コンタクトレンズを使用されていますか？　いいえ　・　はい　（ハード・ソフト・使い捨て）

5.今までに眼の病気にかかったことがありますか？　ない　・　ある
「ある」と答えた方へ　病名（　　）診療所（　　）

6.今までに眼・まぶたの手術を受けたことはありますか？　ない　・　ある
「ある」と答えた方へ　（　右・左　手術名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　約＿＿＿年前）

7.現在の病気は？　ない　喘息・心臓病・高血圧・糖尿病・その他（　　）

女性の方へ
- 妊娠の可能性はありますか？　ない　・　ある　（　　ヶ月）
- 授乳中ですか？　いいえ　・　はい

.。o* ○ありがとうございました。カルテを作成いたします。今しばらくお待ちください○*o。.