

# 問診票

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 様 性別 男 女

生年月日 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年令 満 \_\_\_\_\_ 才

ご住所 テ \_\_\_\_\_

お電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - 緊急の連絡先・携帯電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

1. 今日診てほしいのは? 両目 右目 左目

2. どのような症状でお困りですか?

- |                                    |                                 |  |
|------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 見えにくい     | <input type="checkbox"/> 痛みがある  | <input type="checkbox"/> かゆみがある        |
| <input type="checkbox"/> 目やにがでる    | <input type="checkbox"/> 涙がですぎる | <input type="checkbox"/> コンタクトレンズを作りたい |
| <input type="checkbox"/> 何かが飛んで見える | <input type="checkbox"/> その他( ) | )                                      |

3. その症状はいつ頃からですか? (例: 3日前から 朝起きてから など)

( )

4. 今まで目の病気や怪我をしたり、目の手術を受けられたことがありますか?

- |  |     |
|--|-----|
| <input type="checkbox"/> はい 病名・手術名は?・使っている目薬は? | ( ) |
| <input type="checkbox"/> いいえ                   | )   |

5. お体の病気はありますか?

- |   |     |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/> はい 病名は?・かかりつけの医院は?・使っているお薬は? | ( ) |
| <input type="checkbox"/> いいえ                          | )   |

6. 薬・食べ物・ゴム・金属でアレルギーを起こしたことがありますか?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> はい 何が原因ですか? ( ) | ) |
| <input type="checkbox"/> いいえ             | ) |

7. 本日このあと、車・バイクを運転する予定はございますか?

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> はい  |  |
| <input type="checkbox"/> いいえ |  |

8. 女性の方で、現在、妊娠中またはその可能性のある方

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> はい  |  |
| <input type="checkbox"/> いいえ |  |

問診は以上です。ご記入お疲れさまでした。

保険証返却のご署名欄

サイン \_\_\_\_\_