

# 問診票

フリガナ			
お名前	様		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	年齢 満 才
ご住所	〒 _____		
お電話	緊急の連絡先・携帯電話 _____		

1. 今日診てほしいのは？      両眼    右眼    左眼
  
2. どのような症状でお困りですか？  
見えにくい                      痛みがある                      かゆみがある  
目やにがでる                      涙がですすぎる                      コンタクトレンズを作りたい  
何かが飛んで見える    その他（ \_\_\_\_\_ ）
  
- ※上記で、かゆみがある、にチェックをされた等、アレルギーを疑いの方。  
 検査を希望しますか？（予約制 火曜日、金曜日のみとなります。）  
 ※注射を使わない少量の採血で吸入系アレルギーの主要8項目が20分で解る検査があります。  
はい      いいえ      相談したい
  
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？  
はい    病名・手術名は？    使っているお薬は？  
いいえ    （ \_\_\_\_\_ ）
  
5. お体の病気はありますか？  
はい    病名は？    かかりつけの医師は？    使っているお薬は？  
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？  
はい    何が原因ですか？（ \_\_\_\_\_ ）  
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？  
はい  
いいえ
  
8. 女性の方で、現在、妊娠中またはその可能性がある方  
はい  
いいえ

問診は以上です。ご記入お疲れ様でした。

保険証返却のご署名欄

サイン \_\_\_\_\_