問　診　票

フリガナ 氏　名		男 ・ 女	住　所	〒
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（HbA1c　　%）・心臓病
喘息・鼻炎・肝炎・その他[　　]

❻ 今までお薬を使用して何か異常があったことが　ある[　　]　ない

❼ 妊娠されている可能性はございますか？　はい　いいえ

❽ やまと眼科医院を知ったきっかけを教えてください
知人の紹介・家族が通院・看板を見た・以前通院歴あり・広告
インターネット・ホームページを見た（PC・スマホ）・その他[　　]

やまと眼科医院