**問診票**　　　　令和　　年　　月　　日　　No.

ふりがな（　　　　　　　　　　　　　　　　）

お名前　　　　　　　　　　　　　　男・女　　　職業(　　　　　　　　　)

　生年月日　（ 西暦 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 ）（　　　年　　 月　　 日）

郵便番号　〒　　　　-

ご住所

電話番号　（　　　　）　　　　　-

携帯番号　（　　　　）　　　　　-

1. 本日の来院手段
	1. 徒歩　②自転車・バイク　③バス　④電車　⑤車　⑥その他（　　　　　　　　）
2. どちらの目の具合が悪いですか？（　　両眼　　・　　右眼　　・　　左眼　　）
3. 症状はいつからですか？（　　　日前～・　　　月前～・　　　年前～）
4. 本日の来院理由をご記入ください。

① 視力低下　② 目が乾く　③ 目が痛む　④ 目やにが出る　⑤ 目が疲れる　⑥ 充血

⑦ 黒いものが飛んでいる（飛蚊症）　⑧ 視野が欠ける　⑨ 涙が出る

⑩ 異物が入った　⑪ 目がかゆい　⑫ まぶたの腫れ（できもの）⑬ 歪んで見える

⑭ 白内障相談　⑮ 黄斑前膜相談　⑯ 緑内障相談　⑰ コンタクトレンズを作りたい

⑱ 眼鏡を作りたい　⑲ その他( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 普段の生活で眼鏡もしくはコンタクトレンズは使用していますか？

　 いいえ　・　はい（　眼鏡　・　コンタクト　）

コンタクトレンズを使用している方へ、本日は装用されていますか？　（　はい　・　いいえ　）

1. 現在、他の眼科で治療中ですか？（　はい　・　いいえ　）

　　はいとお答えの方･･･（病院名：　　　　　　　　　薬：　　　　　　　　　　　）

1. 今までに目の病気や治療（手術・レーシック）をされたことがありますか？

（　はい　・　いいえ　）

　　はいとお答えの方･･･（病名：　　　　　　治療内容：　　　　　　　　　　　　）

1. 以下の病気にかかったこと、もしくは現在治療中のご病気はありますか？

　　糖尿病　・　高血圧　・　ぜんそく　・　心臓病　・　特になし

その他（ 　　　　　　　　　　 ）

1. 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ （　はい　・　いいえ　）

　　はいとお答えの方･･･（薬品名：　　　　　　　　食べ物：　　　　　　　　　）

1. 当院を何でお知りになりましたか？

インターネット、 チラシ、 ポスター・看板、 知人の紹介、 その他（　　　　　 ）