# 問 診 票

**お手数ですが、ご記入願いますでしょうか。**

（フリガナ）

お名前　　男 ・ 女　ご職業

生年月日　大正・昭和・平成　　年　　月　　日

〒　　－

ご住所　　電話番号

**1.このたびはどういうことで来院されましたか？**

1）物が見えにくい　2）目がかゆい　3）目が赤い　4）目やにがでる
5）目が痛い　6）涙がでる　7）目が乾く　8）物がかすむ
9）目が疲れる　11）ものが入った　10）コロコロする
12）物が飛んで見える　13）メガネ・コンタクトレンズを作りたい
14）検診希望　16）その他

**2.上の症状はいつ頃からありますか、またどちらの目ですか？**

（　　日前から、　ヶ月前から、　年前から ）（ 右目 ・ 左目 ・ 両方 ）

**3.今までに目の病気をされたことがありますか？**

（ はい ・ いいえ ）（病名：　　眼科名：　　）

**4.今までに大きな病気にかかったことはありますか？**

（ なし ・ 高血圧、糖尿病、心臓病、腎臓病、結核、喘息、前立腺肥大　　）
（ その他　　）

**5.今現在、かかりつけの病・医院はありますか？**

（ はい ・ いいえ ）（病医院名：　　）

**6.今まで手術されたことはありますか？**

（ はい ・ いいえ ）（いつ：　　病名：　　病医院名：　　）

**7.今までに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 ）（ はいの場合：種類と症状　　）

**8.普段、コンタクトレンズを使用されていますか？**（ はい ・ いいえ ）

**9.家族の中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？**

（ はい ・ いいえ ）（病名：　　）

**10.現在、飲んでいるお薬があれば教えて下さい。お薬手帳をお持ちであれば不要です。**

（ お薬の名前：　　）

**11.女性の方のみ、お答えください。**

現在、妊娠していますか？（ はい ・ いいえ ）

**12. 当院までの本日の交通手段をお教えいただけますか？**

（・バス ・タクシー ・自家用車 ・バイク ・自転車 ・徒歩 ・送迎 ・その他　　）

**どうもありがとうございました。**

西崎眼科