

# 問診票

年 月 日

(ふりがな)	
氏名	男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
〒	職業
住所	電話番号 ( ) -
	携帯番号 ( ) -

- どうして当院を知られましたか？ 1. 佐野厚生病院に通院していたため 2. ホームページ  
3. タウンページ 4. 電柱を見て 5. 院前をとおって 6. 口コミ・知人などの紹介

① このたびはどのようなことで来院されましたか？ (右目、左目、両方)

いつ頃から？ 前から

- |             |      |                      |         |         |
|-------------|------|----------------------|---------|---------|
| 視力低下、かすむ    | まぶしい | 黒い物が飛ぶ               | だぶって見える | まぶたが腫れた |
| 目がかゆい       | 目が赤い | 涙がでる                 | 目やにが出る  | 目が疲れる   |
| 目が痛い、ゴロゴロする | 目が乾く | めがね希望 (遠く用・近く用・遠近両用) |         |         |

その他

コンタクト希望 (初めて・使用中) ご希望の種類、使用中のコンタクトデータなどその他の欄にご記入下さい。

メーカーとレンズ名

度数 右 左

② 目の病気や手術をされたことがありますか？ (はい・いいえ)

(病名: 眼科名: )

③ 今までにかかったことのある病気がありますか？ (はい・いいえ)

(高血圧、糖尿病、心臓病、腎臓病、結核、喘息、その他 )

④ 現在、服用されているお薬はありますか？ (はい・いいえ)

(通院中の病医院名: )

⑤ 薬のアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

(具体的に: )

⑥ 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: )

⑦ 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)