問　診　票　（初診用）

フリガナ お名前	生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日
	電話番号	ご自宅　（　　－　　－　　） 携帯　　（　　－　　－　　）
〒　　－ ご住所		

次の項目に、〇またはご記入をお願い致します。

● ご来院目的

①目の不調による診察　②目薬希望　③眼鏡処方箋希望　④視力検査希望
⑤眼底検査希望　⑥視野検査希望　⑦その他（　　）

◆以下全ての方にお聞きします◆

● どちらの目（　右目 ・ 左目 ・ 両目　）

● いつ頃から（　本日　・　昨日　・　２～３日前　・　１週間前　・　その他＿＿＿＿＿＿前から　）

（どのような症状ですか？
視力低下　痛み　かゆみ　充血　目ヤニ　乾燥　腫れ　異物感　流涙　まぶしい
その他　（　　））

● 目の病気をしたことがありますか　〔　はい　・　いいえ　〕
結膜炎　白内障　緑内障　その他(　　)
（　　）眼科／病院　（　　)年頃

● 目の手術をしたことがありますか　〔　はい　・　いいえ　〕
白内障　緑内障　斜視　その他(　　)
（　　）眼科／病院　（　　)年頃

● 本日はお車でご来院ですか　〔　はい　・　いいえ　〕

● 目薬を使用していますか　〔　はい　・　いいえ　〕
薬の名前を教えて下さい　（　　）

● 現在治療中の病気や服用中の薬はありますか　〔　はい　・　いいえ　〕
治療中の病気　（　　）
薬の名前を教えてください　（　　）

● 花粉症はありますか　〔　はい　・　いいえ　〕
症状が強いのは　（　目 ・ 鼻　）（ 春 ・ 秋 ・ 一年中 ）

● 普段メガネ又はコンタクトレンズを使用していますか(使用しているものを〇で囲んでください)

メガネ　老眼鏡　/　ハード　ソフト　カラー　/　１ＤＡＹ　２週間　１カ月

・ 上記「はい」の場合　本日コンタクトレンズは使用されてますか　〔　はい　・　いいえ　〕
使用中のお度数をご記入ください　〔左：　　右：　　〕

● 今まで薬(飲み薬や麻酔薬など)や食べ物でアレルギーはありましたか　〔　はい　・　いいえ　〕

（具体的にご記入ください
　　）

● （女性の方へ）現在妊娠中、あるいは授乳中ですか　〔　いいえ ・　妊娠中 ・ 授乳中　〕

● 当院をどのようにしてお知りになられましたか？当てはまるものを〇で囲んで下さい
・お知り合い（ご家族、ご友人）からの紹介　・茶屋町なの花眼科のホームページを見て
・Google検索　・通りすがり　・その他（　　）

ご記入ありがとうございました　茶屋町なの花眼科