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、丸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（　　）

（※）③に丸を付けた方にのみお聞きします

● ご希望の眼鏡　（　遠方用　・　中間用　・　近方用　・　遠近　・　中近　）

◆以下全ての方にお聞きします◆

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

● どちらの目（　右目 ・ 左目 ・ 両目　）

（
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　（　　）

● 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　）

● メガネ又はコンタクトレンズを使用していますか　〔　はい　・　いいえ　〕
メガネ　老眼鏡　ハード　ソフト　１ＤＡＹ　２週間　１カ月　カラー

● 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　〕

（
具体的に教えて下さい
）

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

● 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○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
・SNSを見て　・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