

問診票

お薬手帳をお持ちの方はご提示ください

フリガナ		性別	男 ・ 女	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日
氏名		電話番号	(自宅) (携帯)			
住所	〒 (-)		職業			

① 受診理由を選んでください。(該当するものにチェック ☐ をしてください)

【 ☐ 右眼 ☐ 左眼 ☐ 両眼 】

- [illegible]

②上で選んだ症状はいつごろから現れましたか？

- ☐ 今日
 ☐ 数日前
 ☐ 週間前
 ☐ ヶ月前
 ☐ その他

③いままでに眼科にかかったことがありますか。(眼の病気・手術歴・現在通院中など)

④ 現在、または今までにかかった全身の病気はありますか？

- ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 心臓病 ☐ 喘息 (BA) ☐ 前立腺肥大症 (BPH)
- ☐ その他 ()

⑤アレルギーが出たことがありますか？

- ☐ ある () ☐ ない

⑥本日はどのような交通手段でご来院されましたか？

- ☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バイク ☐ シニアカー ☐ 自動車（ご自身で運転・同乗） ☐ バス・電車

【女性の方へ】 現在、妊娠中または授乳中ですか？ ☐ 妊娠中（ ヶ月） ☐ 授乳中 ☐ いいえ