

問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
ご住所	〒		
お電話 (自宅)	() -	お電話 (携帯)	() -

■ 本日はどうされましたか？

- 一般診療 メガネ処方希望
コンタクトレンズ購入（装用初めて・経験者） ※処方箋は、発行していません。

■ どのような症状ですか？ 〈 右眼・左眼・両目 〉

■ いつ頃からですか？ () 日前から () 週間前から () ヶ月前から

■ 今までに眼の病気にかかったことがありますか？

- ない ある (病名 :)

■ 現在かかっている病気はありますか？

- 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 喘息
その他 ()

■ アレルギー（花粉症を含む）はありますか？

- ない ある (具体的に :)

■ 今までに薬や注射で体調が悪くなったことがありますか？

- ない ある (薬剤名 :)

■ 女性の方のみお答えください

- 現在、妊娠されていますか？ いいえ わからない はい (週目)
- 授乳中ですか？ いいえ はい