

問診票

フリガナ

お名前 _____ 様 性別 男 女

生年月日 明・大・昭・平 _____年 _____月 _____日 年令 満 _____才

ご住所 〒 _____

お電話 _____ - _____ 緊急の連絡先・携帯電話 _____ - _____

1. 今日診てほしいのは？ 両目 右目 左目

2. どのような症状でお困りですか？
 見えにくい 痛みがある かゆみがある
 目やにがでる 涙がすぎる コンタクトレンズを作りたい
 何かが飛んで見える その他 (_____)

3. その症状はいつ頃からですか？ (例：3日前から 朝起きてから など)
(_____)

4. 今まで目の病気や怪我をしたり、目の手術を受けられたことがありますか？
 はい 病名・手術名は？・使っている目薬は？
 いいえ (_____)

5. お体の病気はありますか？
 はい 病名は？ 糖尿病 高血圧 心臓病 喘息 前立腺肥大
その他 (_____)
 いいえ

6. 薬・食べ物・ゴム・金属でアレルギーを起こしたことがありますか？
 はい 何が原因ですか？ (_____)
 いいえ

7. 本日このあと、車・バイクを運転する予定はございますか？
 はい
 いいえ

8. 女性の方で、現在、妊娠中またはその可能性のある方
 はい
 いいえ

問診は以上です。ご記入お疲れさまでした。

保険証返却のご署名欄

サイン _____