

# 問 診 表

記入日      年      月      日

ふりがな			
氏 名			
生年月日	明・大・昭・平      年      月      日生	年 齢	才
住 所		電 話 (自宅)	(      ) 局 -
勤務先名		電 話 (勤務先)	(      ) 局 -
<p>(1) 眼について今日はどうなさいましたか。あてはまるものを○で囲んでください。</p> <p>(イ) 眼が痛い      (右眼・左眼・両眼)      (ロ) 眼がかたく      (右眼・左眼・両眼)</p> <p>(ハ) 眼がかゆい      (右眼・左眼・両眼)      (ニ) 眼がつかれる      (右眼・左眼・両眼)</p> <p>(ホ) 見えにくい      (右眼・左眼・両眼)      (ヘ) 眼が充血する      (右眼・左眼・両眼)</p> <p>(ト) 眼やにが出る      (右眼・左眼・両眼)      (チ) 涙がとまらない      (右眼・左眼・両眼)</p> <p>(リ) 身体検査で (      )といわれた</p> <p>(ヌ) メガネ・コンタクトレンズを作りたい</p> <p>(ル) その他 具体的にお書きください (      )</p> <p>以上のようなことが      日前からある</p> <p>(2) 今までに眼の病気にかかったことが (ある ・ ない)</p> <p>「ある」とお答えの方 病名 (      )</p> <p>(3) 現在かかっている病気はありますか。あてはまるものを○で囲んでください</p> <p>・高血圧    ・糖尿病    ・心臓病    ・胃・十二指腸潰瘍    ・喘息    ・鼻炎</p> <p>・その他 (      )</p> <p>(4) 今までにアレルギー体質と言われたことが (ある ・ ない)</p> <p>(5) 今までにくすりや注射で具合が悪くなったことが (ある・ない)</p> <p>「ある」とお答えの方 (薬剤名:      )</p> <p>(6) 妊娠している、またはその可能性がありますか (ある・ない)</p> <p>「ある」とお答えの方 (      ヶ月)</p>			
<p>◎ 初めて来院される方へ      当院をどのようにしてお知りになりましたか</p> <p>あてはまるものを○で囲んでください</p> <p>・お知合い (ご家族、ご友人) からのご紹介</p> <p>(差支えなければご紹介者のお名前:      さま)</p> <p>・電話帳を見て    ・インターネットを見て</p> <p>◎ 当院まではどのような来院されましたか      ・お車    ・バス/タクシー    ・徒歩    ・電車</p>			