問　診　表

フリガナ		性　別	男性　・　女性
お名前	様	生年月日	年　月　日
自宅番号		携帯番号	
ご住所	〒（　　－　　） 都・県　　区・市		

①本日はどのようなことで来院されましたか？
かゆみ ・ 充血 ・ メヤニ ・ 痛み ・ 腫れ ・ 涙 ・ 眼精疲労 ・ ごろごろ ・ 見えにくい
眼鏡処方希望 ・ コンタクト処方希望 ・ 学校検診 ・ 紹介状持参
検診、人間ドック(内容:　　) ・ その他(　　)

②どちらの眼ですか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

③いつからですか？ (　　)

④視力検査の希望はありますか？ なし ・ ある

⑤現在、眼科で治療されていることはありますか？
なし ・ ある（ いつから:　　内容:　　）

⑥今まで目の手術(レーザー含む)をしたことがありますか？
なし ・ 白内障 ・ 緑内障 ・ 網膜剥離、裂孔 ・ 二重まぶた ・ レーシック
(いつ頃:　　) ・ 他(　　)

⑦他の病気にかかったことがありますか？ (治療中も含む)
なし ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓 ・ 前立腺 ・ 喘息 ・ アトピー
その他(　　)

⑧お薬に対して、アレルギーはありますか？
なし ・ ある（薬剤名:　　症状:　　）

⑨普段、コンタクトレンズを使用していますか？
いいえ ・ はい （ 1Day ・ 2Week ・ ハード ）

⑩その他

前立腺肥大薬の服用	はい ・ いいえ	本日コンタクト装用していますか？	はい ・ いいえ
抗凝固剤の服用	はい ・ いいえ	妊娠中ですか？(妊娠　　週目)	はい ・ いいえ
たばこを吸いますか？	はい ・ いいえ	授乳中ですか？	はい ・ いいえ

⑪当院をどちらでお知りになりましたか？
家族の紹介(家族のお名前　　) ・ 知人の紹介 ・ 他クリニックから紹介
クリニック看板 ・ 当院 HP ・ 駅の看板(下井草・上石神井) ・ バス(車内放送・つり広告)
ドクターズファイル ・ Google 検索 ・ Google Map ・ Yahoo・ 通りがかり
その他（　　）