

# 問 診 票

\* 診察の参考にさせていただきますので、本日受診される方は以下の項目に御記入下さい。

記入日 令和 年 月 日	記入者 ( 本人・代理人	続柄 )
住所 〒	電話番号	
フリガナ		
名 前	男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 才

1、どのような症状ですか？○をつけて下さい。(いくつでも)

めやに	かゆみ	充血	出血	できもの	はれ	かすみ	視力低下
物が飛んで見える		異物感	つかれ目	いたみ		なみだ目	眼底検査
物が二重に見える		目の向きがずれる	まつげ	紹介状		健診にて	
コンタクトレンズ希望	メガネ希望	その他 ( )					

2、コンタクトレンズについてお聞きします。

コンタクトレンズを過去に使用したことがありますか？または今現在使用していますか？  
はい・いいえ

※はいと答えの方

5年以内に当院にてコンタクトレンズの処方又は検診をうけたことがありますか？  
ない・ある

3、症状がでたのはいつからですか？どちらの目ですか？

頃から	両目・右目・左目
-----	----------

4、いままでに目の病気・手術をされましたか？どちらの眼科で診てもらいましたか？

病 気	ない・ある ( )	眼科・花崎眼科
手 術	ない・ある ( )	眼科・花崎眼科

5、目のほかに病気をされていますか？どちらの病院で診てもらっていますか？

高血圧・糖尿病・心臓病・胃腸病・腎臓病・肝臓病・アトピー	病 院
その他 ( )	医 院
手 術 ( )	クリニック

6、お薬や食べ物、その他にアレルギーや花粉症がありますか？

ない・ある (薬	食べ物	その他	)
----------	-----	-----	---

7、どちらの御紹介(病医院または知人の方)で来院されましたか？

いいえ・はい	病院・医院	様
--------	-------	---

マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による  
診療情報取得に同意しますか。 はい・いいえ