



| | | | |
|------|---------------------------|-------|---------------|
| ふりがな | 性別 | 生年月日 | (明治・大正・昭和・平成) |
| 氏名 | 男・女 | 年 月 日 | 年 月 日 (満 才) |
| 住所 | 〒 — (マンション・アパート名、部屋番号も記入) | | |
| 自宅電話 | () | 携帯電話 | () |

※患者様個人の情報は、当院で定めた利用目的の範囲内で利用させていただきます。

【下記の項目について、記入もしくは○で囲んでください。】

1. あなたの目の具合が悪いのはどちらですか？

- ・ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

2. どのように具合が悪いのですか？

- ・ 見えにくい ・ かすむ ・ ぼやける ・ 二重に見える ・ 痛い ・ かゆい
 ・ はれている ・ つかれる ・ 赤い ・ 目やにが出る ・ 涙がでる ・ ゴロゴロする
 ・ まぶしい ・ 黒い点が見える ・ その他()

3. いつ頃からですか？

- () 日前より () ヶ月前より () 年前より

4. 眼科手術やレーザーの既往はありますか？

- ・ ある 具体的に() ・ ない

5. 薬のアレルギーはありますか？

- ・ ある 種類を具体的に() ・ ない

6. メガネを使用されていますか？

- ・ はい ※お持ちの方は、ご来院の際にご持参願います。 ・ いいえ

7. コンタクトレンズを使用されていますか？

- ・ はい ※次の質問にご回答願います。 ・ いいえ

使用されているコンタクトレンズの種類を教えてください。

- ・ ハードレンズ ・ ソフトレンズ(ワンデー 2ウィーク その他)

8. 女性の方にうかがいます。

- 妊娠していますか？ ・ はい(ヶ月) ・ 可能性あり ・ いいえ

- 現在授乳中ですか？ ・ はい ・ いいえ

ご回答頂きましてありがとうございました。 こちらの問診票をご持参のうえ、ご来院くださいませ。