

お手数ですがご記入を
お願いいたします。

診療申し込み・問診票

フリガナ		年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
お名前	様 男・女			
ご住所	〒 - 市	電話番号	-	-

車・バイク・それ以外 散瞳説明 (未・済)

この度は、どういうことで 来院なさいましたか？	・物が見えにくい ・目がかゆい ・目が赤い ・目ヤニがでる ・目が痛い ・涙がでる ・目の検診 ・眼鏡希望・コンタクトレンズ希望 ・学校検診・3才半検診 ・紹介状 { (その他) }
症状はいつ頃から ございますか？	日前から 週前から ヶ月前から 年前から
どちらの目でしょうか？	両目 (右から・左から・同時に) 右目 左目
今までに目の病気や手術を されたことがございますか？	ない ・ ある (病名： 受診された眼科名：)
今までにかかったことのある 病気がございますか？	ない ・ 高血圧、糖尿病、心臓病、腎臓病、喘息、アトピー その他()
現在ご使用のお薬は ございますか？	ない ・ ある (薬品名： 病医院名： 科)
今までに薬や食物でアレルギーを 起こしたことがございますか？	ない ・ ある (薬品名： 食べ物名：)
ご家族の中に目の病気をした 方がいらっしゃいますか？	糖尿病網膜症・緑内障 (病名：)

女性の方のみ、お答えください。

現在、妊娠していらっしゃいますか？ (いいえ・はい (ヶ月) ・ 妊娠の可能性がある

現在、授乳していらっしゃいますか？ (いいえ ・ はい)

ありがとうございました。