問診表　※当院はコンタクトレンズの処方は行っておりません。

ふりがな		男・女	生年月日	年　　月　　日	歳
お名前		ご住所	〒　　-		
電話番号			携帯番号		

紹介状や健診結果等お持ちの方は、合わせてご提示ください。

※ 本日の受診理由を教えてください。（　両眼　　右眼　　左眼　）

【症状】　　痛み　　充血　　かゆみ　　目ヤニ　　涙が出る　　かすむ　　乾く　　腫れている
斜視　見えにくい　　ゆがみ　　違和感　　二重に見える　　黒いものが見える　　光が走る
その他（　　）
いつから（　　）

※ 今まで眼の病気にかかったことや、手術等を受けたことはありますか？

ない
ある⇒病名：（　　）いつ頃（　　）
手術名：（　　）いつ頃（　　）
どこで（　　）

※ 現在治療中の病気または過去に大きな病気にかかったことはありますか？

ない
ある　　（　高血圧　　糖尿病　　心臓病　　喘息　　腎臓病　）
その他（　　）
現在処方されている目薬（　　）

※ お薬（内服薬・目薬）のアレルギーはありますか？　　ない　　ある（　　）

※ 普段コンタクトレンズ（カラコン含む）を使用されていますか？　は　い　・　いいえ

はいの方　⇒　本日は装用されていますか？　　は　い　・　いいえ

※ ・本日はご自身で運転して来院されましたか？　　いいえ　　はい（　車・バイク・自転車　）

※ 現在妊娠されていますか？　　いいえ　　はい

当院では保険番号等確認に使用する為、患者様の保険証をコピーさせていただいております。個人情報の取り扱いを適正に行い、保護に努めます。
診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、
マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。ご協力ありがとうございました。

てんり眼科