問　診　票

フリガナ 氏　名		男・女	住　所	〒
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　才		電　話	(　　)
右の欄はよろしければご記入ください	携帯電話		メールアドレス	@

❶ 今日はどうなさいましたか？該当する番号と[　　]内の右・左・両を◯で囲んでください

①見えにくい(視力がおちた)　[右・左・両]

②眼が痛い　[右・左・両]

③ゴロゴロする(異物感がある)　[右・左・両]

④眼がかゆい　[右・左・両]

⑤眼が赤くなった　[右・左・両]

⑥眼やにが出る　[右・左・両]

⑦涙っぽい　[右・左・両]

⑧眼にゴミが入った　[右・左・両]

⑨まぶたがはれた　[右・左・両]

⑩まぶたに何かできた　[右・左・両]

⑪黒いものが見える　[右・左・両]

⑫眼がかわく　[右・左・両]

⑬眼が疲れる　[右・左・両]

⑭メガネを作りたい

⑮コンタクトを作りたい
○今までにコンタクトは
a. 初めて　b. 使用中（ソフト・ハード）

○b. 使用中と答えた方へ、今日は
a.定期検査　b.紛　失
c.破　損　d.古くなったので作りかえたい

⑯その他
[　　]

❷ ❶でお答えいただいた症状はいつ頃からですか？　[　　]

❸ 今までにアレルギー体質や花粉症と言われたことが　ある[　　]　ない

❹ 今まで眼の病気にかかったことがある方は、その病名と時期、診療所を教えてください
ある　ない
病名[　　]　診療所[　　]

❺ 現在の病気は？　高血圧（　　/　　）・糖尿病・心臓病・喘息・鼻炎・肝炎
ある　ない　その他[　　]

❻ 今までお薬を使用して何か異常があったことが　ある[　　]　ない

❼ おおたけ眼科つきみ野医院を知ったきっかけを教えてください
知人の紹介・家族が通院・以前通院歴あり・広告
インターネット・ホームページを見た(PC・スマホ)・その他[　　]

医療法人社団 博陽会
おおたけ眼科