【問診票】　より的確に診察を行う目的で以下のご質問にお答えください。患者さんの個人情報は医療法に基づき完全に保護され、患者さんの診療目的以外の利用はいたしません。

S □

フリガナ		生年月日	性別	ご連絡可能なお電話番号
お名前		大正・昭和・平成・令和 年　月　日（　才）	男・女	自宅　－　－ 携帯　－　－
ご住所	〒　－			

※（電話番号の記入について）緊急時の連絡の際に当院よりご連絡させていただくことがございますのでご記入お願い致します。

1．**本日の来院の目的は ？**（当てはまる項目に〇をしてください）

① 目に不具合や不安、または検査希望　② メガネ処方　③ コンタクトレンズの検査 ・ 処方

（コンタクト処方箋のみのお渡しはしておりません）

2．**症状はいつ頃からですか ？**　今日、　昨日、　（　日・ヶ月・年 ）前から

3．**当てはまる症状すべてに 〇 をつけてください**

目ヤニ（右・左）　充血（右・左）　涙目（右・左）　乾き目（右・左）　かゆい（右・左）

痛い（右・左）　まぶたの腫れ（右・左）　異物感（右・左）　視力低下（近く・遠く）

ゴミが飛んで見える（右・左）　ものが二重に見える（両眼・片眼）　目の疲れ

目に何かが当たった（なにが　）（どのように　）

その他、症状があれば具体的にご記入ください：

4．**治療中の病気はありますか ？**

白内障 ・ 緑内障 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 副鼻腔炎 （ちくのうしょう）

ヘルペス（帯状疱疹） ・ 虫歯 ・ その他（　）

現在使用中の薬：　ある（　）　・　なし

5．**アレルギーはありますか ？**　（　はい ・　いいえ　）

花粉症・ぜんそく・小児ぜんそく・アトピー・麻酔・アルコール消毒・薬（　）

6．**妊娠中の可能性はありますか ？**（　はい　周目・　いいえ　）　**授乳中ですか ？**（　はい・いいえ　）

7．**普段コンタクトレンズを使用されていますか ？**　[　はい（ 本日装用中・していない ）・ いいえ　]

レンズの種類：　ハードレンズ　・　ソフトレンズ（ 1day・2week・1month ・使い捨てではない ）

コンタクト購入先で定期検診を受けていますか （　はい　・　いいえ　）

8．**当院をお知りになった理由をお聞かせください**

①家人・知人から聞いて　②建物を見て（近くを通って）　③看板(駅・道路・その他)を見て

④他院からの紹介　⑤ホームページを見て　⑥タウンページを見て　⑦その他

ご記入ありがとうございました。おおるり眼科クリニック