

【 問診票 】

令和 年 月 日

ふりがな _____

診察ご希望の方 お名前 _____

生年月日 太 昭 平 年 月 日 ご職業 _____

ご住所 〒 _____

電話番号 _____

携帯番号 _____

本日は、どうされましたか？ （ 右眼 左眼 両眼 ）

- ・痛い ・見えにくくなった ・かすむ ・かゆい ・めやに ・かわく ・赤い
- ・ゴミがはいった ・チラチラした物が見える ・はれている ・できものがある
- ・疲れる その他（ _____ ）

いつ頃からですか？（ _____ ）

現在、この症状で治療を受けていますか？

- ・はい（病院名 _____ ）
- ・いいえ

現在、治療中の病気はありますか？

- 1.糖尿病 2.高血圧 3.心臓病 4その他（ _____ ）
- 5なし

今までに、薬に対しての異常反応がありましたか？

- ・ない
- ・ある（薬品名 _____ ）

アルコールを飲まれますか？・飲まない ・飲む（1 日量 _____ ）

たばこは吸われますか？ ・吸わない ・吸う（1 日量 _____ ）