

【 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 大 昭 平 年 月 日 ご職業 _____
ご住所 〒 _____

電話番号 _____ 携帯番号 _____

【眼鏡の処方箋について】

当院では、眼鏡の処方箋だけをお渡しすることは行っておりません。

処方箋に対して責任を持たせていただくため、当院指定の眼鏡店への提出とさせていただきます。ご了承くださいませ。

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 ・疲れる
- ・ゴミがはいた ・チラチラした物が見える ・はれている ・できものがある ・出血
- ・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 ）

親族に緑内障と診断された方がいらっしゃいますか？

- ・いる（ご本人様とのご関係 ）
- ・いない