

# 【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いております。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
- ・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) )

親族に縁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