≪ 問 診 票 ≫

来院日　　年　　月　　日

ふりがな

【氏名】　　【性別】 男 ・ 女　【職業】

【生年月日】 大・昭・平・令　　年　　月　　日　【年齢】　　歳

【住所】 （〒　　－　　）

【電話番号】　（　　）　【本日の交通手段】徒歩・自転車・バイク・車・公共交通機関

1. 本日はどうされましたか？ 気になることにチェックしてください。

☐ 右眼　☐ 左眼　☐ 両眼　いつ頃から：＿＿＿＿＿＿から

☐ 乾く　☐ ゴロゴロする　☐ 痛い　☐ ぶつけた　☐ ゴミが入った
☐ 充血　☐ メヤニが出る　☐ かゆい　☐ 涙が出る　☐ 腫れている
☐ 疲れる　☐ できものがある　☐ まぶしい　☐ 見えにくい　☐ かすんで見える
☐ 眼の中に何か飛んでいる　☐ 物が二つに見える　☐ ゆがんで見える
☐ 学校検診・健康診断・人間ドックの結果、受診をすすめられた
（詳細ご記入ください）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐ その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐ 眼鏡作成希望

☐ コンタクト作成希望　※コンタクト処方箋の発行、度数の案内のみは行っておりません
（☐ソフト　☐ハード）

☐ 初めて作成する
☐ 現在使用している
☐ 過去に使用していた

・種類　：　☐1DAY　☐2WEEK　☐ハードレンズ　☐その他
・商品名：
・度数：　右）＿＿＿＿左）＿＿＿＿　BC：＿＿＿＿
・使用頻度/使用年数：　　/

2. 眼の手術・レーザー治療・視力矯正術を受けたことがありますか？

☐ なし　（右眼・左眼・両眼）
☐ あり　手術名：　　手術日：

3. 現在、治療中の病気にチェックしてください。

☐ なし　☐ 糖尿病　☐ 高血圧　☐ 心疾患　☐ 脳梗塞
☐ 喘息　☐ 高脂血症　☐ 花粉症　☐ その他＿＿＿＿＿＿

4. お薬について（お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出しください）

☐ 現在使用している（下記にご記入ください）　☐ 現在使用していない
薬剤名：

☐ 薬を使用して具合が悪くなったことがある　☐ 具合が悪くなったことはない
薬剤名：　　症状：

5. 女性の方へ

☐ 妊娠している、または妊娠の可能性がある　☐ 授乳中　☐ 左記該当なし

書き終わりましたら、受付にお持ち下さい。