

【問診票】

ふりがな	T・S・H・R				
お名前	男・女	生年月日	年	月	日
〒 -					
ご住所					
TEL		携帯			

1. どのような症状で受診されましたか

右目 ・ 左目 ・ 両目

2. いつ頃からですか

3. 今までに目の病気や手術をしたことはありますか ない ・ ある

病 名 : いつ

手術名 : いつ

4. 普段、眼鏡・コンタクトレンズを使用しますか？

眼鏡 : 遠用眼鏡 ・ 老眼鏡 ・ 遠近両用 ・ 中近両用 ・ プリズム ・ 弱視治療用

コンタクトレンズ : ソフトレンズ (1day ・ 2week ・ 1month ・ 通年性) ・ ハードレンズ
メーカー・商品名

5. 今までに薬や注射、食品が原因でじんましんがでたり、具合が悪くなったことはありますか

ない ・ ある (薬品名、原因となったもの:)

6. 他科で治療中の疾患はありますか？ ない ・ ある

高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 喘息 脳梗塞 前立腺肥大症

その他 () かかりつけ医療機関 :

7. 現在服用中のお薬はありますか ない ・ ある

薬品名 ()

8. この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受診されましたか ない ・ ある

いつ: 指摘事項:

9. 女性の方のみお答えください

妊娠していますか はい (週) いいえ

授乳中ですか はい いいえ

10. マイナ保険証を利用された方のみお答えください

マイナ保険証による診療情報取得に同意して頂きましたか はい ・ いいえ

*ご記入いただいた個人情報は診察目的以外には使用致しません

にしむら眼科