問　　診　　票

ふりがな		男・女	生年月日
お名前			明・大・昭・平　年　月　日
住　所	〒		
電話番号			

● 今日はどうされましたか？　当てはまるものを○で囲んでください。
（右・左）目　いつ頃からですか？（　　）

かゆい・めやに・まぶたの腫れ・充血・乾く・涙目・異物が入った
目をぶつけた・ごろごろ・痛い（どのように？　　）
視力低下・眼鏡が合わない・眼鏡処方希望・手元が見えづらい・疲れる・重い・かすむ
緑内障・白内障・黄斑変性・糖尿病網膜症・黒いものが見える・花粉症・検診再検査（会社・学校）
近眼進行防止（低濃度アトロピン）治療相談　**その他**＿＿＿＿＿＿＿＿
※ 当院ではコンタクトレンズの処方は取り扱っておりません。

● 現在、患っている病名に○印または病名を記入してください。

糖尿病　高血圧　脳梗塞・脳出血　膠原病（リウマチ・シェーグレン症候群）
循環器疾患（狭心症・心筋梗塞・不整脈）　その他＿＿＿＿＿＿＿＿

● 今までに、眼科の手術を受けたことがありますか？

はい（　　年　　月　　頃）　いいえ
何の手術を受けましたか？＿＿＿＿＿＿＿＿

● 現在、眼科の薬を使っていますか？　はい　いいえ

お薬の名前＿＿＿＿＿＿＿＿

● 普段コンタクトレンズを装着していますか？　はい　いいえ

コンタクトの種類（1day・2w・ハード・その他　　）
今日はコンタクトレンズを装着していますか？　はい　いいえ

注）上記症状に眼が痛い・充血・涙目が強い場合は眼鏡の持参をお願いいたします。

● 薬や食べ物でアレルギー症状が出たり、具合が悪くなったことはありますか？

はい（具体的に　　）　いいえ

● 花粉症などのアレルギー症状が疑わしい場合、その原因を調べますか？　※保険適応

はい　いいえ　相談する
※20分ほどで結果がわかり、注射を使わず小さなお子様から検査可能です。

● 女性の方へ　現在、妊娠していますか？

はい（妊娠　　週）　いいえ

● 当院へは何をきっかけにお知りになりましたか？

ネット（ホームページ・東京都ひまわり・その他(　　)）
通りすがり、ご家族・ご友人の紹介、駅看板、バス広告、その他（　　）