

# 問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日	男 ・ 女
氏名				
ご住所				
連絡先	ご自宅：	携帯：		

◆該当する項目を○で囲んで下さい。

① 本日はどうされましたか？	
・見づらい ・痛い ・かゆい ・充血 ・メヤニ ・涙が出る ・ゴロゴロする ・疲れ ・乾く ・腫れ ・黒い点が見える ・光が見える ・ゴミが入った ・ゆがむ ・白内障検査希望 ・緑内障検査希望 ・眼底（散瞳）検査希望 ・（ ）にぶつかった ・その他（ ） ・メガネを作りたい （遠くを見るメガネ ・近くを見るメガネ ・遠近両用 ） ・コンタクトを作りたい （初めて ・ 経験あり：1day 2week 1M ハードレンズ ソフトレンズ）	

② 症状はどちらの目ですか？	・ 右目 ・ 左目 ・ 両目
③ 症状はいつ頃からですか？	・ 日/ 週/ 月/ ごろから

④ 今まで目の病気をしたことがありますか？
・ ない ・ある →その病名は（ ）

⑤ 飲み薬・注射等で具合が悪くなった事がありますか？
・ ない ・ある →その薬の名前は（ ）

⑥ 今までにアレルギー、特異体質と言われたことはありますか？
・ ない ・ある ・わからない

⑦ 今まで目以外の病気にかかったこと又は、現在治療中の病気はありますか？
・ ない ・ある → ・高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・リウマチ・喘息・鼻炎・花粉症 ・その他（ ）

⑧ 現在、使用中のお薬はございますか？（内服薬・外用薬・頓服含む）
・ ない ・ある →お薬の名前（ ）

⑨ 女性の方におうかがいします。
・妊娠していますか？ ・いいえ ・はい （ 月） ・可能性あり ・現在、授乳中ですか？ ・いいえ ・はい

裏面もございますので、ご記入お願いいたします。

⑩ 以下のご症状はございませんか？

体温 \_\_\_\_\_ °C

- |                            |     |     |
|----------------------------|-----|-----|
| ・体がだるい、倦怠感がある              | ・なし | ・あり |
| ・咳がでる                      | ・なし | ・あり |
| ・下痢、吐き気などの消化器症状            | ・なし | ・あり |
| ・発赤、痛みを伴う発疹                | ・なし | ・あり |
| ・新型コロナウイルス発症者との接触          | ・なし | ・あり |
| ・新型コロナウイルス流行地域（国内外含む）への滞在歴 | ・なし | ・あり |
| ・近隣で感染症の流行、または家族に発症者がいる    | ・なし | ・あり |
- （インフルエンザ、胃腸炎、水痘、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎など）

⑪ 当院をお知りになったきっかけは？

- ・家族（知人）の紹介 ・ホームページ ・看板 ・電話帳 ・コンタクト店より  
・その他（ \_\_\_\_\_ ）

・ご記入ありがとうございました。受付窓口へご提出ください。

にし眼科クリニック