初診問診票

（ダウンロード版）

ふりがな
お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 男・女　　歳

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿

・今回のお困りを教えてください（空欄に記入、または丸で囲んでください）

いつから？　（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

どちらの目？　（　右眼　・　左眼　・　両眼　）

みえにくい　・　かゆい　・　めやに　・　いたい

赤い　・　はれ　・　黒い物が飛んで見える　・　涙が多い

目にゴミが入った（何が入りましたか？；　　）

その他

（　　）

・健診での受診指示あり（　検診、人間ドック　・　学校検診　　）

（指摘されたこと；＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

・メガネ処方希望　（ｺﾝﾀｸﾄﾚﾝｽﾞ装用の方は外して３０分後に検査を始めます）

・コンタクトレンズ検査希望　（商品名、度数などが解ればご記入ください）

（　右　　左　　）

・今までに薬でアレルギー症状（気分不快、発疹）を起こしたことがありますか

いいえ　・　はい　（薬剤；＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　症状；＿＿＿＿＿＿＿＿）

・今までに下記の病気や手術歴などがありましたら丸で囲んでください

緑内障　・　白内障　・　網膜剥離　・　糖尿病　・　高血圧　・　心臓病

花粉症　・　アトピー　（その他；　　）

・現在使用中の点眼薬、服用中の薬があればご記入ください

（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

お薬手帳がございましたら受付に提出して下さい

・女性の方のみお答えください

妊娠中ですか　いいえ　・　はい　・　可能性あり

授乳中ですか　いいえ　・　はい

ご記入いただいた内容により検査などを進めさせていただくことがあります
お待たせする時間を短縮させるためにも、できるだけ詳しくご記入ください