

問診表

ふりがな		
お名前		生年月日（ 年 月 日）
ご住所		年齢（ 才）
ご自宅TEL： 携帯TEL：		ご職業（ ）

当院では、検査診察を迅速かつ正確に行うために、以下の質問事項にご記入頂いております。
わかる範囲で、該当する箇所に○印（複数選択可）または記載をお願いいたします。

○本日受診するきっかけとなった症状についてお聞かせください。

1. 症状があるのはどちらの眼ですか？

- ・右眼 ・左眼 ・両眼

2. どのような症状ですか？

- ・見づらい ・かすむ ・ぼやける ・2重に見える ・まぶしい
・視野がかける ・ゆがんでみえる ・黒い点や糸くずのような物が見える
・光が見える ・痛い ・かゆい ・眼が赤い ・腫れている
・目やにが出る ・ものもらい ・ゴロゴロする ・涙が出る ・眼がかわく
・目が疲れる ・眼がしょぼしょぼする ・その他（ ）

3. その症状はいつ頃からですか？

- ・（ ）日前 ・（ ）週間前 ・（ ）か月前 ・その他（ ）

4. その症状に関してほかの眼科で診察や治療を受けましたか？

- ・いいえ ・はい → 差し支えなければ診察や治療についてお答えください
（ ）

○これまで目の手術や治療を受けたことはありますか？

- ・いいえ ・はい → わかる範囲で治療の時期・内容を教えてください
例：3年前、右眼の白内障手術を〇〇眼科で受けた
（ ）

○普段コンタクトレンズを使用していますか？

- ・いいえ ・はい （ハード・ソフト（1DAY、2ウィーク）・カラー）
→ 本日コンタクトを装用していますか（はい・いいえ）

裏面の記載もお願いします

