問診表　お手数ですが、ご記入お願いします

(フリガナ) お名前	男　生年月日　明治　大正 女　　昭和　平成　　年　月　日
ご住所 〒	
電話番号	携帯電話

★このたびはどういうことで来院されましたか？
・物が見えにくい（遠く・近く・両方共）　・眼鏡処方箋希望（基本的に予約制です）
・目がかゆい　・充血している　・めやに　・目が痛い　・涙がでる　・目の検診
・オルソレンズ希望　・コンタクトレンズ作成希望（経験あり・経験なし）
※コンタクトレンズの処方箋は発行しておりません
・その他の症状（　　）

★上の症状はいつごろからありますか？またどちらの目ですか？
（　日前　・　ヶ月前　・　年前　）　（右目　・　左目　・　両目）

★今まで目の病気をされたことがありますか？
（　はい　・　いいえ　）　（病名：　　眼科名　　）

★今までかかったことのある病気はありますか？
（　高血圧　・　糖尿病　・　心臓病　・　結核　・　喘息　・　その他　　）

★今現在、かかりつけの病院はありますか？
（　はい　・　いいえ　）　（病院名　　）

★今まで手術されたことはありますか？
（　はい　・　いいえ　）（いつ：　　病名：　　病院名　　）

★今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？
（　はい　・　いいえ　）

★家族に目の病気をした方がいらっしゃいますか？
（　はい　・　いいえ　）　病名：

★女性のみ、お答え下さい　現在、妊娠していますか？（はい・いいえ）
授乳中ですか？（はい・いいえ）

ありがとうございました。しぶや眼科クリニック