

お手数ですがご記入を  
お願いいたします。

# 診療申し込み・問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		生	大正			
お名前	様 男・女	年	昭和	年	月	
		月	平成			日
		日	令和			
ご住所	〒 - 市	電	ご自宅	-	-	
			携 帯	-	-	

## ■ 本日は、どのような理由でご来院いただきましたでしょうか？

どうされましたか？	両目（右から・左から・同時に） 右目 左目
	・赤い ・目やに ・かゆい ・コロコロする ・痛い ・できものがある ・疲れる ・不快感 ・涙が出る ・乾く ・見えにくい ・黒いものが飛ぶ ・眼鏡の相談 ・コンタクトの相談 ・その他（ ）
いつごろからですか？	今日から 日前から 週前から カ月前から 年前から
今まで目の病気、 手術をされたことが ありますか？	ない ・ ある（病名： ）
かかりつけの病院・医院 はございますか？	ない ・ ある（病医院名： ）
本日コンタクトを装着さ れていますか？	なし ・ あり
現在使用中のお薬や サプリメントは ございますか？	ない ・ ある（薬品名： ） （サプリメント名： ） お薬手帳があれば見せてください。
次のような病気を されたことが ありますか？	ない ・ 糖尿病、高血圧、高脂血症、心臓病、不整脈、喘息、 腎臓病、アトピー性皮膚炎、交通事故、その他（ ）
今までに薬や食物で アレルギーを起こした ことがございますか？	ない ・ ある （原因： 、症状〈気分不良・皮膚の発疹・ショック・その他〉）
女性の方に お伺いします	現在、妊娠していらっしゃいますか？ はい（ ）カ月 ・ いいえ ・ わからない 現在、授乳していらっしゃいますか？ はい ・ いいえ
当院を何でお知り になりましたか？	・ 知人、家族からの紹介（お名前 ） ・ 袖看板 ・ 塔屋看板 ・ 壁面看板 ・ 駅看板 ・ 通りすがり ・ 近所に（居住 / 通勤 / 通学）しているため ・ 当院ホームページ ・ その他インターネット ・ バスアナウンス ・ その他（ ）