

【 問 診 票 】

フリカナ
氏 名

電話番号：自宅（ - - ）
携帯（ - - ）

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳） 性別 男・女

住 所 〒 -

1, いつから、どのような目の症状がありますか。

本日・（ ）日前・（ ）週間前・（ ）ヶ月前・（ ）年前

右眼・左眼・両眼 痛い・かゆい・赤い・眼やにが出る・ゴロゴロする・涙が出る
見えづらい・乾く・疲れる・かすんで見える・ゆがんで見える
見えないところがある・物が二つに見える

該当する症状がない場合は、こちらにお書き下さい。

2, 眼鏡・コンタクトレンズ作成のご希望はありますか。

いいえ ・ コンタクト ・ 眼鏡

3, 最近他の眼科で、検査を受けたことがありますか？

あれば、直近の検査時期、病名、もらった薬、検査内容などをご記入して下さい。

いいえ ・ はい

4, 今まで眼の手術やレーザー治療を受けられたことはありますか？

あれば時期と手術内容を大まかに記入してください。

いいえ ・ はい

5, 現在治療中の病気はありますか？

また常備薬があればご記入ください 糖尿病・高血圧症・高脂血症・腎不全・その他

いいえ ・ はい

6, 今まで内服薬、点眼剤、食べ物などでアレルギー症状が出たことはありますか？

また、どのような症状がありましたか。

いいえ ・ はい

7, その他、医師・社会福祉士に相談したいことがありましたら、ご自由にご記入ください。

※最後に、当院を知った理由を教えてください。

インターネット・チラシ・看板・知人からの紹介・その他（ ）

ふじ眼科クリニック