

問診票

お手数ですが、ご記入頂をお願いいたします。

フリガナ

<生年月日>

お名前 _____ 男・女（ 歳） 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

ご住所 〒 _____

電話番号 _____ 携帯番号 _____

あなたの症状を○で囲んでください

1. どちらの目ですか （ 右 ・ 左 ・ 両方 ）

2. いつ頃からですか _____

3. 具体的な症状を選んでください

目やにが出る 目が赤い 目がかゆい 目が痛い まぶたがはれた
コロコロする 目に何かが入った 目が乾く 涙が多い
見え方が悪い 白内障と言われた 緑内障と言われた
黒いものが飛んで見える 目が疲れる メガネをつくりたい

その他（ _____ ）

4. 今までに目の病気にかかったことがありますか （ はい ・ いいえ ）

はい：どんな病気ですか（ _____ ）

5. 現在 以下に該当しますか

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎
妊娠中 ・ 授乳中 その他（ _____ ）

6. 今までに目以外の病気で治療や手術を受けたことがありますか （ はい ・ いいえ ）

はい：どんな病気ですか（ _____ ）

7. 現在薬を服用していますか （ はい ・ いいえ ）

はい：どんな薬ですか（ _____ ）

本日お薬手帳はお持ちですか（ はい ・ いいえ ）

8. 今までになにか薬を服用して具合が悪くなったことがありますか （ はい ・ いいえ ）

はい：どんな薬ですか（ _____ ）

9. 当院をどのようにお知りになりましたか

インターネットで検索 知人の紹介 バス広告をみて 看板をみて

オリナスに来て知った その他（ _____ ）