

診察申し込み ・ 問診票

フリガナ						
おなまえ						
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	歳	
性別	男	・	女			
ご住所	〒 _____ (必須)					
電話番号						
携帯・緊急連絡先						

症状	症状のあるのはどちらですか？	右眼	左眼	両眼
	症状がでたのはいつ頃からですか？	前から		
	症状に○印をつけてください			
	目が赤い	めやにがでる	こころろする	
	目が痛い	目がかゆい	目が疲れる	
	目が腫れている	ドライアイ	ものが見えにくい	
	目がかすむ	めばちこ	糸くずが飛んで見える	
	涙が出る	目の検診	目にゴミが入った	
	物が二つに見える	目をぶつけた		
	(その他の症状があれば簡単にお書きください)			

コンタクトレンズを普段装用されていますか？	はい (種類 _____)	いいえ
眼科にかかれたことはありますか？	あり	・ なし
(治療内容 _____)		
現在治療中の病気はありますか？	・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 膠原病 ・ その他の疾患 (_____)	
どちらの医院におかかりですか？	(_____)	
現在使用中のお薬はありますか？	あり (_____)	なし
薬や食べ物のアレルギーはありますか？	あり (_____)	なし

眼鏡・コンタクト 作成希望	本日、作成を希望される方は○印をつけてください ・ 眼鏡 ・ ハードコンタクト ・ 使い捨てソフトコンタクト (遠くが見にくい 近くが見にくい 両方見にくい)
------------------	---

※ 女性の方は現在妊娠されていますか？	はい	いいえ	わからない
---------------------	----	-----	-------

ご記入ありがとうございました。

高 島 眼 科