

眼科質問用紙

大人の方用

記入日： 年 月 日

（フリガナ） お名前	（ ）	ご職業	
生年月日	M · T · S · H 年 月 日	性別	男性 · 女性
電話番号	（ご自宅） — — （携帯電話） — —		
ご住所	〒 — —		

下記の①から⑩についてご記入ください。

①どちらの目の具合が悪いですか？	両目 · 右目 · 左目
②症状はいつからですか？	日前～ · 週間前～ · 月前～ · 年前～
③本日の来院理由に○を付けてください	見えにくい · 目がかゆい · 目やに · 目が痛い · 充血 · 涙が出る 飛蚊症（飛蚊症の方→本日はお車やバイクで来院ですか？ はい · いいえ） ゆがんで見える · 目が乾く · 腫れ · 違和感 · メガネ処方箋希望 コンタクト処方希望（1Day · 2Week · ハード） （コンタクト希望メーカー： ） ※当院では基本的にコンタクト処方箋のみのお渡しはしておりません。
④本日のコンタクト装用	あり（1Day · 2Week） · ハード · なし
⑤今までに目のご病気をされましたか？ はいとお答えの方 →	はい · いいえ 病気名など：
⑥今現在、他の眼科で治療中ですか？ はいとお答えの方 →	はい · いいえ 病院名： 薬：
⑦今現在、妊娠中、授乳中ですか？	はい · いいえ
⑧右記の病気にかかったこと、もしくは治療中のご病気はありますか？	糖尿病 · 高血圧 · ぜんそく · 心臓病 その他（ ）
⑨薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はいとお答えの方 →	はい · いいえ 食品： 薬： その他：
⑩診察に何かご希望はございますか？	
⑪当院を何でお知りになりましたか？	他院紹介（病院名： ） 知人・家族の紹介（ 様） 当院ホームページ · スマートフォンホームページ · タウンページ 自宅から近い · 職場に近い · 通り道 · その他（ ） 当院スタッフの知人（スタッフ名： ）