

# 問診表

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

1)どのような症状で来られましたか(○をつけてください)

\_\_\_\_\_ 頃から (右 左 両)

(遠く・近く)が見えにくい 痛み かゆみ 充血 目やに

涙目 腫れ ごろごろする コンタクトレンズ希望

糸くず(黒いもの)がちらついて見える ピカピカ光る

その他 \_\_\_\_\_

2)目の病気をしたことがありますか

ある(病名 \_\_\_\_\_) なし

3)今までに注射やお薬で副作用がありましたか

ある( \_\_\_\_\_) なし

4)体の病気はありますか(○をつけてください)

糖尿病 高血圧 脳梗塞 心臓病 腎臓病

肝臓病 アレルギー 花粉症 前立腺肥大

その他( \_\_\_\_\_ )