記入日：令和　　年　　月　　日

問　診　票

加地眼科

ふりがな	※ひらがなでご記入ください	年　齢	生年月日
お名前		歳	大・昭・平・令 年　　月　　日
ご住所	〒(　　－　　)		
電話番号	(　　)　　－		
携帯番号	(　　)　　－		

1．どのような症状ですか。

（1）物が見えにくい（右・左）
（2）目がかゆい（右・左）
（3）目が赤い（右・左）
（4）目やにがでる（右・左）
（5）眼が痛い（右・左）
（6）涙が出る（右・左）
（7）目がはれている（右・左）
（8）虫や糸くずが飛んで見える（右・左）
（9）視野に見えない部分がある（右・左）
（10）物がゆがんで見える（右・左）
（11）暗いところで見えにくい（右・左）
（12）色の見え方がおかしい（右・左）
（13）斜視
（14）眼鏡をつくりたい
（15）眼の検診
（16）健診・学校検診で紙をもらった
（17）打撲・外傷
（18）その他

（　　）

2．上の症状はいつからですか。

（　　）

3．労災ですか。

（1）はい　　（2）いいえ

※労災の場合、診療費は自費になります。

4．薬・食品でアレルギーを起こしたことがありますか。

（1）ない
（2）ある（薬品名：　　）
　　（食品名：　　）

5．目の病気・手術をしたことがありますか。

（1）ない
（2）ある（病　名：　　）
　　（病院名：　　）

6．ご家族で目の病気をされた方はいますか。

（1）緑内障
（2）網膜色素変性
（3）色覚異常
（4）その他（病名：　　）

7．今までにかかった病気はありますか。

（1）高血圧　（2）糖尿病　（3）心臓病
（4）腎臓病　（5）結核　　（6）喘息
（7）その他（病名：　　）

8．現在通院中・入院中の病院はありますか。

（1）ない
（2）ある（病院名：　　）

9．現在服用しているお薬はありますか。

（1）ない
（2）ある（お薬名：　　）

10．今コンタクトレンズを装用していますか。

（1）はい　　（2）いいえ

11．（女性の方）現在妊娠・授乳していますか。

（1）はい　　（2）いいえ

◎ご記入いただいた個人情報は、カルテの作成や、診療の目的で使用します。それ以外の目的で使用することはありません。