

問診票

(フリガナ)				
お名前			男 ・ 女	
生年月日	西暦	年	月	日
〒				
ご住所			電話番号	

★本日の目の症状を教えてください

・どちらの目ですか？ 右目 ・ 左目 ・ 両目

・いつ頃からですか？ ()

・どのような症状ですか？ (○をおつけください)

目やにが出る ・ 目がかゆい ・ 目が赤い ・ 痛みがある ・ ゴロゴロする

涙が出る ・ 乾燥している ・ 視力低下 ・ 虫が飛んで見える (飛蚊症)

めがねを作りたい ・ コンタクトレンズを作りたい

・その他 ()

★今までに目の病気をされたことがありますか？ はい ・ いいえ

・病名 ()

・眼科名 ()

・その病気で入院、手術などをしましたか？ はい ・ いいえ

★血縁の方で緑内障や網膜剥離の方はいますか？ はい ・ いいえ

★次のような病気をされたことがありますか？ はい ・ いいえ

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 喘息 ・ 結核

その他 ()

★現在かかりつけの病院はありますか？

・病院名 () ※眼科以外の医療機関も含みます

・服用もしくは点眼しているお薬の名前 ()

★薬や食べ物、注射などでアレルギーを起こしたことがありますか？

はい () ・ いいえ ・ わからない

★当院では従来の治療に加え、栄養補助食品 (サプリメント) による治療の補助にも取り組んでいます。

ご関心はありますか？

摂取してみたい ・ 説明を聞きたい ・ パンフレットを見たい ・ 関心は無い

★当院に以前かかったことはありますか？ はい ・ いいえ

★当院を何でお知りになりましたか？

近所 ・ 家族が治療を受けた ・ 友人、知人からの紹介 ・ 看板 ・ チラシ

インターネット ・ その他 ()