

# 問 診 票

初 再

ふりがな		男 女	生年月日	大正	昭和	平成	令和
氏名			年	月	日(	歳)	
携帯	自宅						
住所	〒					職業	

★本日、コンタクトレンズを装着していますか  いいえ  はい ハード・ソフト / 1日・2週間・1ヶ月

★本日の来院方法  車  バイク  自転車  徒歩  送迎  その他( )

●付き添い  無  /  有

●いつから、どちらの目に症状がありますか  ※お工作中・通勤中の受傷ですか  いいえ  はい

両眼  右眼  左眼 /  日前から  ヶ月前から  年前から

●本日お困りの症状に○をつけてください

赤い  かゆい  めやに  痛い  腫れ  できもの  かすむ  まぶしい  ゴロゴロ  チクチク

涙  かわく  視力低下  黒いもの(糸くずなど)が飛んでいる  目に( )が入った

その他 ( )

学校検診  特定健診  定期健診  眼鏡を作りたい  コンタクトを作りたい

◇コンタクト希望の方  使用経験:  無  /  有  ※当院の取扱いは1day(使い捨て)のみ

●現在使用している飲み薬や目薬はありますか  いいえ  はい

お薬手帳あり  / なし(薬: )

●眼の手術は受けたことがありますか  いいえ  はい

白内障  緑内障  レーザー  斜視  レーシック  その他( )

●眼科以外の病気はありますか  いいえ  はい

高血圧  糖尿病  心臓病  肝臓病  腎臓病  胃潰瘍  喘息  アトピー性皮膚炎  花粉症

その他( )

●薬や食物のアレルギーはありますか  いいえ  はい (薬: ) (食物: )

●現在妊娠していますか  いいえ  はい(出産予定日: ) ●授乳中ですか  いいえ  はい

ご記入いただいた本紙は、診察・診療のみ利用いたします。  
またご本人の同意なく、第三者には開示いたしません。



ITO EYE CLINIC