



問 診 票

ふりがな			
氏 名	様	男 ・ 女	
生年月日	大 昭 平 令	年	月 日 才
住 所	〒		
電話（携帯・自宅）			

当院では、医療情報の取得と活用により、質の高い医療の提供に努めております。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。

★どのような症状がありますか？(右眼・左眼・両眼) 特定健診・学校健診

充血 はれた 痛み かゆみ ゴロゴロ 疲れる なみだ 視力低下
 黒いものが見える めやに 二重に見える メガネ処方箋 コンタクト処方箋
 その他（ ）

★いつごろからですか？

（ 日前から、 週間前から、 ヶ月前から）

★今までに眼科にかかったことはありますか？

いいえ ・ はい いつごろ？ 年 月 日 眼科

★現在、治療中の病気はありますか？

いいえ ・ はい 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 喘息 アトピー
 その他（ ）

★現在、使用している薬はありますか？お薬手帳があればお出してください。

いいえ ・ はい（ ）

★今までに手術を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい（いつごろ？ 手術）

★アレルギー・飲んではいけないお薬はありますか？

いいえ ・ はい（薬： その他： ）

★メガネ・コンタクトレンズは使用していますか？

いいえ ・ はい メガネ（遠用・老眼用） コンタクト（ハード・ソフト 1day・2week）

★現在、妊娠または妊娠の可能性はありますか？（女性のみ）

いいえ ・ はい（ か月）

★当院をどこで知りましたか？

通り道だから 知人の紹介 ホームページ Google その他（ ）