

## 【眼科】

## 外 来 問 診 票

記入日 西暦 年 月 日

体温 ℃

フリガナ		性別	男・女	職業	
氏名					
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)				
住所	〒				
連絡先 ☎	携帯 ( ) ・自宅 ( )				
	その他 ( 続柄 )				

【1】	<p>本日はどうされましたか？いつ頃から、どのような症状があるか詳しくご記入ください</p> <p> <input type="checkbox"/>目が痛い (右眼・左眼・両眼)      <input type="checkbox"/>目やにが出る (右眼・左眼・両眼)  <input type="checkbox"/>目が充血する (右眼・左眼・両眼)      <input type="checkbox"/>目がかゆい (右眼・左眼・両眼)  <input type="checkbox"/>目が疲れる (右眼・左眼・両眼)      <input type="checkbox"/>ゆがんで見える (右眼・左眼・両眼)  <input type="checkbox"/>目がかわく (右眼・左眼・両眼)      <input type="checkbox"/>視野が欠けて見える (右眼・左眼・両眼)  <input type="checkbox"/>涙が出る (右眼・左眼・両眼)  <input type="checkbox"/>目が見えにくい (右眼・左眼・両眼) / (遠方・近方・中間・全体)  <input type="checkbox"/>眼鏡をつくりたい  <input type="checkbox"/>コンタクトをつくりたい (・使ったことがある→メーカー名 種類 )  (・使ったことがない) </p> <p>*当院で取り扱いのないレンズの処方は出来ません。 *当日のお渡しは出来ません。</p>
【2】	<p>コンタクトを使用していますか？</p> <p> <input type="checkbox"/>はい { <input type="checkbox"/>ソフトコンタクト      <input type="checkbox"/>いいえ  <input type="checkbox"/>ハードコンタクト </p>
【3】	<p>血縁関係 (血のつながっている方) で病気の方はいらっしゃいますか？</p> <p> <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>糖尿病   <input type="checkbox"/>緑内障   <input type="checkbox"/>夜盲症   <input type="checkbox"/>その他  <input type="checkbox"/>いいえ </p>
【4】	<p>本日、ご来院の手段はどちらにあてはまりますか？</p> <p> <input type="checkbox"/>車 (運転手は <input type="checkbox"/>本人      <input type="checkbox"/>家族)  <input type="checkbox"/>公共機関  <input type="checkbox"/>徒歩  <input type="checkbox"/>その他 </p>

※ 裏面もご記入下さい

