記入　年　月　日

お手数ですがご記入をお願いいたします。

診療申し込み・問診票

フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成　年　月　日
お名前	様　男・女		
ご住所	〒　- 市	電話番号	-　-

本日はどの交通手段で来院なさいましたか？　車・バイク・それ以外

この度は、どういうことで来院なさいましたか？	・物が見えにくい　・目がかゆい　・目が赤い　・目ヤニがでる ・目が痛い　・涙がでる　・目の検診　・眼鏡希望・コンタクトレンズ希望 ・学校検診・３才半検診　・紹介状〔　〕〔その他　〕
症状はいつ頃からございますか？	日前から　週前から　ヶ月前から　年前から
どちらの目でしょうか？	両目（右から・左から・同時に）　右目　左目
今までに目の病気や手術をされたことがございますか？	ない　・　ある （病名：　受診された眼科名：　）
今までにかかったことのある病気がございますか？	ない　・　高血圧、糖尿病、心臓病、腎臓病、喘息、アトピー その他（　）
現在ご使用中のお薬はございますか？	ない　・　ある （薬品名：　病医院名：　科）
今までに薬や食物でアレルギーを起こしたことがございますか？	ない　・　ある （薬品名：　食べ物名：　）
ご家族の中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？	糖尿病網膜症・緑内障 （病名：　）

女性の方のみ、お答えください。

現在、妊娠していらっしゃいますか？（いいえ・はい（　ヶ月）・妊娠の可能性がある

現在、授乳していらっしゃいますか？（いいえ・はい）

ありがとうございました。

FUJIMOTO EYE CLINIC
ふじもと眼科クリニック