**問診票**

**ふりがな**

**お名前：**

**生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日**

**秋野眼科へ来院いただき、ありがとうございます。**

**診察でも症状をお聞きしますが、是非問診票の記入をお願い致します。**

**-------------------------------------------------------------------------------------**

**○当院を何で知りましたか？**

□インターネット　□知り合い、友人　□看板　□特になし

**○インターネットを選んだ方へ**

ドクターズファイル（ドクター紹介記事）はご覧になられましたか？

□はい　□いいえ

**-------------------------------------------------------------------------**

1. **どちらの目に症状がありますか？** □右　□左　□両方

**2. どのような症状ですか？**

□めやに　□赤い　□かゆい　□かわく □涙がでる

□見えにくい（遠く　近く　両方）□痛い □糸くずのようなものが見える　□視野が欠けている　 □コンタクトレンズを作りたい（初めて　使用中）

（メーカー名：　　　　　　　　　　　　　　　　）

（度数：右　　　　　　　　左　　　　　　　）

□メガネをつくりたい（初めて　度数が合わない）

□学校検診、人間ドックで異常を指摘された

□その他：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**3. 症状はいつからですか？**（　　　　　　　　　　　）

**4. 今回の症状のために他院で診察を受けましたか？**

□はい（　　年　　月　　日）診断名（　　　　　　　）

□いいえ

**5. 今までにかかった、あるいは現在治療中の病気はありますか？**

□なし　□高血圧　□糖尿病　□脂質異常症　□心臓病　□甲状腺疾患

□肝臓病　□腎臓病　□肺疾患・喘息　□脳疾患　□癌（　　　　　）

□その他（　　　　　　　　　　　　）

※通院中の病院・クリニック等あればお書きください（　　　　　　　　）

**6. 現在服用中のお薬があれば、教えて下さい。お薬手帳をお持ちの方は診察時にお見せ下さい。**

□なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**7. お薬や食べ物にアレルギー症状を起こしたことがありますか？**

□なし □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**8. 現在妊娠している、またはその可能性がありますか？**

□なし　□妊娠している（　　　　週）　 □可能性がある

□授乳中である

**※ご質問ご相談等ありましたら、ご自由にお書きください。**

**-------------------------------------------------------------------------**

**秋野眼科公式LINE**

**是非ご登録ください**

****

