

問診票

フリガナ

お名前 _____ 様 性別 男 女

生年月日 明・大・昭・平 ____年__月__日 年齢 ____才

ご住所 〒 _____

お電話 _____ 緊急の連絡先 _____

目のお具合について おうかがいします。

あてはまるものにレ印をつけて下さい。(いくつでも)

1. どのような症状でお困りですか？

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> かゆみがある | <input type="checkbox"/> 視力がおちた |
| <input type="checkbox"/> 目やにが多い | <input type="checkbox"/> めがねを作りたい |
| <input type="checkbox"/> 充血する(赤くなっている) | <input type="checkbox"/> コンタクトを作りたい |
| <input type="checkbox"/> ごろごろする | <input type="checkbox"/> 検診で再検査と |
| <input type="checkbox"/> 涙が多い | <input type="checkbox"/> まつげをぬいてほしい |
| <input type="checkbox"/> 目が乾く | <input type="checkbox"/> 疲れ目がひどい |
| <input type="checkbox"/> かすむ ぼやける | <input type="checkbox"/> 何かが飛んでみえる |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

2. その症状はいつ頃からですか？

()

3. 今までに眼科の病気や手術の経験はありますか？

- はい 病名は？ ()
- いいえ

4. その他ご希望あればお書き下さい

()

ご記入ありがとうございました。



たかはし眼科クリニック