

# 問 診 票

ふりがな  
お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

診療の参考にしますので、以下の質問について簡単にお答えください。

1. 今日はどのような症状で受診されましたか。  
以下にありましたら、をつけてください。

いつ頃から( )

- 目やにが出る(眼脂)    充血する(目が赤くなる)  
 痛い    かゆい    はれた(腫脹)    まぶしい  
 重い    見えにくい    かすむ  
 眼鏡が合わない    疲れる    視野が欠ける

その他( )

2. 現在、治療していたり、診断されている病気はありますか。

- 糖尿病    高血圧    喘息    心臓病  
 アトピー性皮膚炎

その他( )

3. 以前かかったことのある、目や全身の病気はありますか。

( )

以上