

## 問診票

お名前

ご住所

電話番号

携帯

生年月日（西暦）

年

月

日

★どちらの目が

右  左  両眼

★いつ頃から

今朝  昨日  2～3日  1週間  1ヶ月以上

★どんな症状

痛い  ゴロゴロする  痒い  めやに  赤い  
 まぶしい  視力低下  疲れる  腫れ  目が乾く  
 眼鏡・コンタクト希望  
その他 ( )

★コンタクトを使用していますか？

はい  いいえ

★下記の病気はありますか？

はい      いいえ

高血圧  糖尿病  心臓病  喘息  花粉症  
 うつ病などの精神疾患  リュウマチ

★血縁者で緑内障の方はいますか？

はい (  父  母  兄弟  祖父母  他 )  
いいえ

★お薬のアレルギーのある方はご記入ください

★アレルギーが疑わしい場合、アレルギー検査を希望されますか？

はい  いいえ  相談したい