

かやざわ眼科 問診表

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな			生年月日	T · S · H · R
氏名				年 月 日
			性別	男 · 女
住所	〒 _____			
電話	自宅			
	携帯電話			
	緊急連絡先			

該当するものに○を付けてください。

1. どちらの目が、どのように具合が悪いですか？

どちらの目ですか？ 右目 ・ 左目 ・ 両目

いつ頃からですか？ ()

どんな症状ですか？

目がかすむ ・ 見えにくい ・ コロコロする ・ 痛い ・ 充血している

かゆい ・ 視野が欠けている ・ 疲れる ・ 目ヤニが出る ・ 目の検診

メガネ処方希望 ・ コンタクトレンズ処方希望 【 初めて ・ 経験あり 】

その他()

2. 今までに目の病気にかかった事や目の手術を受けた事がありますか？

ある ない いつ頃ですか？()

どちらの目ですか？ 右目 ・ 左目 ・ 両目

病名、手術内容について

病名 ()

手術内容 白内障手術 ・ 緑内障手術 ・ レーシック手術

レーザー手術 ・ その他()

どちらの眼科で治療を受けられましたか？()

