すでにweb問診回答済みの方は記入不要です。受付にお申し出ください。

問診票（再診の方・久しぶりに来院された方）

氏名	様	男・女	年齢　　歳

[前回と同じ症状で受診の方]

●前回受診時と比べて症状はいかがですか？

□　良くなった

□　変わらない

□　悪くなった

□　一度良くなったが再び悪くなった

※悪化の方は以下の１～４で具体的な症状を教えてください。

●　今日は、お薬は必要ですか？

□　必要ありません

□　前回と同じ薬を希望

□　お薬について医師と相談したい

[前回と異なる症状で受診の方]

●　今日はどうなさいましたか？

□何か症状が出ている　　□視力検査希望

□学校検診で指摘された　　□めがね処方希望

□小児の近視抑制治療希望（マイオピンなど）

□コンタクト検診 ┬ □検診のみ
　　└ □継続購入　□度合わせ

注)現在、新規のコンタクト処方は行っておりません

□人間ドッグなど検診結果

□他院からの紹介

□その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿

[症状について教えてください]

1.　どちらの目ですか　　□右目　　□左目　　□両目

2.　いつ頃からですか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿ から

3.　どのような症状ですか？

□痛い　　□目やに　　□かゆい　　□赤い　□ごろごろする　　□はれている

□見えにくい　　□目の中に何かが飛んでいる

□その他の症状

(具体的に教えてください：　　)

4.【コンタクトレンズご使用の方】今日は装用していますか？

□はい　　□いいえ

5.【女性の方のみご記入ください】妊娠の可能性はありますか？

□現在、妊娠している　（　　ヵ月）　□可能性あり　□可能性なし　□授乳中