

# 問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		
お名前		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 / 男・女	
住所	〒	
電話番号	自宅	携帯
職業		

- あてはまる症状に○印をつけてください。  
 右眼 左眼 両眼  
 痛み 痒み 腫れ 充血 目やに かすむ 涙が出る  
 黒い物が見える その他 ( )
- いつ頃からですか? ( )
- 現在、病気があって 何か治療を受けていますか?  
 受けていない  
 受けている→① どのような病気ですか?  
 ( )  
 →② いつ頃からですか?  
 ( )
- アレルギーはありますか?  
 ない ある→どのようなアレルギーですか?  
 ( )
- 今までに、何かの薬で具合が悪くなったことがありますか?  
 ない ある→どのような薬ですか?  
 ( )
- 「あらい眼科」を どのようにしてお知りになりましたか?  
 ( ①JR王寺駅改札外の駅周辺案内地図 ②JR王寺駅改札前  
 ③国道25号王寺跨線橋北の角)看板 ④ホームページ  
 ⑤インターネット ( ) ⑥タウンページ ⑦iタウンページ  
 ⑧医者どこネット ⑨医療機関マップ ⑩通りすがり  
 ⑪他病院の紹介( 病院) ⑫知人の紹介( 様)  
 ⑬その他 ( )