

問 診 票

| | | | | | |
|------|------------|---|----------|----|------------|
| ふりがな | | | | | |
| お名前 | | | | | 性別 (男性・女性) |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 才 |
| ご住所 | 〒 - | | | | |
| | 自宅電話 () - | | 携帯 () - | | |

※当院をお知りになったきっかけは何ですか？

- 知人の紹介 家族の紹介 家や会社から近いので 以前受診していた
 ホームページ 情報誌 他院や施設からの紹介 その他 ()

1. 本日はどうされましたか？

- めがねを作りたい (遠用 ・ 近用 ・ 遠近両用)
 目の調子が悪い⇒それはいつからですか？ () 頃から
 ・ 目やに (右 左) ・ 充血 (右 左) ・ 涙が出る (右 左) ・ ゴミが入った (右 左)
 ・ かゆい (右 左) ・ 痛い (右 左) ・ 乾燥感 (右 左) ・ コロコロする (右 左)
 ・ かすむ (右 左) ・ 目の疲れ (右 左) ・ まぶしい (右 左) ・ 見えにくい (右 左)
 ・ できもの (右 左) ・ まぶたのはれ (右 左) ・ 黒い物が飛んで見える (右 左)
 ・ その他 (右 左) ()

2. 今まで眼科の病気で眼科にかかったことがありますか？

- ない ある いつ頃 () 病名 ()

3. 現在治療中、または以前にかかった病気はありますか？

- 糖尿病 高血圧 高脂血症 心疾患 ぜんそく アトピー
 花粉症 脳疾患 結核 その他 ()

4. 現在使用している内服薬や外用薬はありますか？

- ない ある 薬剤名 ()

5. 薬剤アレルギーはありますか？

ない ある 薬剤名 ()

6. アレルギーはありますか？

ない 花粉 食べ物 動物 その他
 具体的に ()

7. 今日どのような手段で来院されましたか？

- 徒歩 公共交通機関 自分で運転してきた (車・バイク・自転車) 連れてきてもらった

8. 女性の方にお伺いします

- 授乳または妊娠の可能性はありますか？ ない ある (妊娠 ヶ月)

当院は個人情報の適正な管理・保護に努めています。