

問 診 票

フリガナ		生年月日	年	月	日 ()
お名前	性別 (男性・女性)				
ご住所	〒 -				
	携帯番号 () -				

※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 過去に受診していた
 ホームページ 情報誌 他院や施設からの紹介 セカンドオピニオン希望

1. 本日はどうされましたか？

- 目の調子が悪い⇒それはいつからですか？ (頃から)
 ・その症状はどちらの目ですか (右 ・ 左 ・ 両)
 ・どのような症状ですか ()
 めがねを作りたい (遠くを見る用 ・ 近くを見る用 ・ 遠近両用)
 その他 ()

2. 本日コンタクトレンズをつけていますか？ つけていない つけている

3. 眼科の手術や注射、レーザー治療を受けたことはありますか？ ない

- ある いつ頃 () 病院名 () 病名 ()

4. 現在治療中、または以前にかかった病気はありますか？ ない

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

5. 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 ()

6. お薬手帳は使用していますか？

- 使用していない 使用している → 本日手帳は ない ある アプリ

7. 薬剤アレルギーはありますか？ ない ある 薬剤名 ()

8. アレルギーはありますか？ ない ある

ある方は具体的に ()

9. 今日は自分で運転してきましたか？ いいえ はい (車 ・ バイク ・ 自転車)

10. 女性の方にお伺いします

- 妊娠または授乳をしていますか？ していない している (妊娠 ヶ月 ・ 授乳中)

当院は個人情報の適正な管理・保護に努めています。