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．今回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？（　　年　　月　　日　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. 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（　　）

3. 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（　　）

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. 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　□アプリ　※手帳を使用している方は当日ご持参ください

6. 薬剤アレルギーはありますか？　□ない　□ある　薬剤名（　　）

7. アレルギーはありますか？　□ない　□ある

ある方は具体的に（　　）

8. 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。