

問診票

ID: _____

フリガナ
お名前

男 ・ 女 (_____ 歳)

大・昭・平・令 年 月 日生まれ ご職業

住所 〒 _____

電話番号 (_____) _____ 携帯番号 (_____) _____

次の項目に○、もしくはご記入をお願いいたします。

1. 今日はどうされましたか？

いつ頃から【 _____ 】 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 が、

- ・見えにくい ・かゆい ・充血 ・目やに ・痛い ・乾く
- ・涙がでる ・コロコロする ・虫が飛んで見える ・眼鏡処方
- ・コンタクト希望 ・検診希望 ・その他 (_____)

2. 今まで目の病気や手術をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

いつ頃【 _____ 】 病院名【 _____ 】

どのような病気(手術)【 _____ 】

3. 現在、目薬を使用していますか？ (はい ・ いいえ)

どのような目薬： 緑内障 白内障 ドライアイ 結膜炎 その他 (_____)

目薬の名前がわかればご記入ください【 _____ 】

4. メガネまたはコンタクトレンズを使用していますか？ (はい ・ いいえ)

いつ頃から【 _____ 】

メガネ 老眼鏡 使い捨て《 1day ・ 1week ・ 2week ・ 1month 》 ハードコンタクト

5. 現在かかっている病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

糖尿病 高血圧 心臓病 喘息 てんかん アトピー

その他 (_____)

6. 現在、何か飲み薬は飲んでいますか？ (はい ・ いいえ)

お薬の名前がわかればご記入ください。【 _____ 】

7. 今まで薬でアレルギーはありましたか？ (はい ・ いいえ)

具体的にご記入ください。

8. 女性の方で該当する方はご記入ください。 (妊娠中 ・ 授乳中)

9. 車・バイク・自転車を運転して来院されましたか？ (はい ・ いいえ)

10. 当院のことは、どこでお知りになりましたか？

- 近隣で見かけて 駅の看板 知人の紹介 インターネット検索 ホームページ
- チラシ・広告 その他 (_____)