

問診票

お手数ですが、ご記入願いますでしょうか。

(フリガナ)			

お名前		男・女	ご職業
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日 (歳)
〒 -		携帯電話	
ご住所		(-)	

1.このたびはどういうことで来院されましたか？

- | | | | |
|--------------|-----------------------|------------|-----------|
| 1) 物が見えにくい | 2) 目がかゆい | 3) 目が赤い | 4) 目やにがでる |
| 5) 目が痛い | 6) 涙がでる | 7) 目が乾く | 8) 物がかすむ |
| 9) 目が疲れる | 11) ものが入った | 10) コロコロする | |
| 12) 物が飛んで見える | 13) メガネ・コンタクトレンズを作りたい | | |
| 14) 検診希望 | 16) その他 | | |

2.上の症状はいつ頃からありますか、またどちらの目ですか？

(日前から、 ヶ月前から、 年前から) (右目・左目・両方)

3.今までに目の病気をされたことがありますか？

(はい・いいえ) (病名: 眼科名:)

4.今までに大きな病気にかかったことはありますか？

(なし・高血圧、糖尿病、心臓病、腎臓病、結核、喘息、前立腺肥大)
(その他)

5.今現在、かかりつけの病・医院はありますか？

(はい・いいえ) (病医院名:)

6.今まで手術されたことはありますか？

(はい・いいえ) (いつ: 病名: 病医院名:)

7.今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

(はい・いいえ) (はいの場合:種類と症状)

8.普段、コンタクトレンズを使用されていますか？ (はい・いいえ)

9.家族の中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？

(はい・いいえ) (病名:)

10.現在、飲んでいるお薬があれば教えて下さい。お薬手帳をお持ちであれば不要です。

(お薬の名前:)

11.女性の方のみ、お答えください。

現在、妊娠していますか？ (はい・いいえ)

12. 当院までの本日の交通手段をお教えいただけますか？

(・バス ・タクシー ・自家用車 ・バイク ・自転車 ・徒歩 ・送迎 ・その他)

どうもありがとうございました。