

# 問 診 票

お手数ですが、ご記入いただけますでしょうか。

|             |                                 |
|-------------|---------------------------------|
| (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 (または自宅)                    |
| ご住所         | (    -    -    )                |

1) どういう症状で来院されましたか？ 丸で囲んでください。

見にくい (近く・遠く・パソコン・    ) ・ かゆい ・ 目が赤い  
目やにが出る ・ 目が痛い ・ 涙がでる ・ 目が乾く ・ 目が疲れる  
コロコロする ・ モノが入った ・ 物が飛んで見える  
メガネ・コンタクトを作りたい ・ 検診 (職場・学校) で異常を指摘された

2) それはいつからですか？ どちらの目ですか？

(    ) 日・月・年・前～ ( 右目 ・ 左目 ・ 両目 )

3) いままでかかった病気についてお尋ねします。

目について (手術あり・なし) (病名:    )  
ほかの病気 (なし・高血圧・糖尿病・心臓病・喘息・その他    )

4) いままで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:種類や症状    )

5) 本日コンタクトレンズを装用されていますか？ (はい・いいえ)

6) 家族の方で目の病気をした方がおられますか？

(はい・いいえ) (病名    )

7) お薬手帳をお持ちでしたら、提出してください。

8) 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)

9) 当院までは【 車・バイク・自転車 】で来られましたか？ (はい・いいえ)

(はいの場合:ご自身の運転ですか？ はい・いいえ)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。