

問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日
お名前	(男 ・ 女)	大正・昭和・平成 年 月 日
ご住所	〒 ・ご自宅電話番号 () — — — — — ・携帯電話番号 — — — — —	

① どうされましたか？ あなたの症状を○でかこんでください

- ・めやにが出る
- ・まぶたが腫れた
- ・見えにくい (遠く 近く)
- ・痛い
- ・何かできた
- ・視野が欠ける (視界の中に見えない部分がある)
- ・かゆみ
- ・眼が乾く
- ・黒いもの (虫や糸くずのようなもの) が見える
- ・充血 / 出血
- ・眼が疲れる
- ・メガネの処方せんがほしい
- ・涙が出る
- ・異物が入った
- ・コンタクトレンズ希望 (初めて 以前から)
- ・かすむ
- ・二重に見える
- ・その他 []
- ・他院からの紹介状を持参した

② どちらの眼ですか？ ・右眼 ・左眼 ・両眼

③ いつごろからですか？

- ・今日から
- ・ 日前より
- ・ 週間前より
- ・ カ月前より
- ・ 年前より

④ 今までに、眼の病気にかかったことはありますか？

- ・ない
- ・ある
- ・アレルギー性結膜炎 (花粉症)
- ・はやり目
- ・緑内障
- ・白内障
- ・網膜剥離
- ・眼のケガ
- ・角膜ヘルペス
- ・その他 ()

⑤ 今までに、手術を受けたことがありますか？

- ・ない
- ・ある
- ・眼科：
- ・その他の科：

⑥ 現在かかっている病気、過去にかかったことのある病気はありますか？

- ・ない
- ・ある
- ・糖尿病
- ・高血圧
- ・心臓病
- ・喘息
- ・アトピー
- ・その他 ()

⑦ 現在内服中の薬がありますか？ ・ない ・ある ()

⑧ 薬を使用して異常やアレルギーはありますか？

- ・ない
- ・ある ()

⑨ メガネ、コンタクトレンズを使用していますか？

- ・いいえ
- ・はい
- ・メガネ
- ・老眼鏡
- ・コンタクトレンズ

⑩ 以下に該当する方は○をつけてください

- ・ご自身が自動車やバイクを運転してきた
- ・妊娠中 (週)
- ・授乳中

⑪ 当院をどのようにお知りになりましたか？ お差し支えなければご紹介者さまのお名前をご記入ください

- ・以前来たことがある
- ・ホームページ
- ・道路脇看板
- ・電話帳
- ・医院の前を通過して
- ・他院の紹介
- ・家族の紹介
- ・友人、知人の紹介 (様よりご紹介)
- ・その他 ()

※診療についてご要望があればご記入ください



大川眼科