

問 診 票

年 月 日

ふりがな		生 年 月 日
お名前	(男 ・ 女)	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
ご住所	〒 ・ご自宅電話番号 () — ・携帯電話番号 — — 当院からの案内が不要の方はチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 不要	

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 (遠く用・近く用・遠近両用) ・ コンタクトレンズ (ハード・ソフト)

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 ・ インターネット ・ 道路脇看板 ・ 電話帳 ・ 医院の前を通過
- ・ 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 () ・ 院前ポストの案内を見て

⑫ お薬手帳の発行を ・ 希望する ・ 希望しない ※お薬手帳をお持ちの患者さまは受付にお出しください。

※診療についてご要望があればご記入ください

