

問診票

令和 年 月 日 No.

ふりがな()

お名前 _____ 男・女 職業()

生年月日 (大正・昭和・平成・令和)(年 月 日)

郵便番号 〒 _____ - _____

ご住所 _____

電話番号 () _____ - _____

携帯番号 () _____ - _____

1. 本日の来院手段 ①車 ②自転車・バイク ③徒歩 ④その他()
2. どちらの目の具合が悪いですか?(両目 ・ 右目 ・ 左目)
3. 症状はいつからですか?(日前～・ 月前～・ 年前～)
4. 本日の来院理由をご記入ください。
①視力低下 ②目が乾く ③目が痛む ④目やにが出る ⑤目が疲れる ⑥充血
⑦黒いものが飛んでいる ⑧視野が欠ける ⑨涙が出る ⑩異物が入った
⑪目がかゆい ⑫まぶたの腫れ(できもの)⑬物がゆがんで見える ⑭定期健診
⑮眼鏡を作りたい ⑯コンタクトを作りたい ⑰白内障手術相談 ⑱硝子体手術相談
⑲緑内障相談 ⑳強度近視相談 ㉑その他()
5. 普段の生活で眼鏡もしくはコンタクトレンズは使用していますか?
いいえ・ はい(眼鏡 ・ コンタクト)
コンタクトレンズを使用している方へ、本日は装用されていますか? (はい ・ いいえ)
6. 現在、他の眼科で治療中ですか?(はい ・ いいえ)
はいとお答えの方…(病院名: _____ 薬: _____)
7. 今までに目の病気や治療(手術・レーシック)をされたことがありますか?
(はい ・ いいえ)
はいとお答えの方…(病名: _____ 治療内容: _____)
8. 以下の病気にかかったこと、もしくは現在治療中のご病気はありますか?
糖尿病 ・ 高血圧 ・ ぜんそく ・ 心臓病 ・ 特になし
その他()
9. 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)
はいとお答えの方…(薬品名: _____ 食べ物: _____)
10. 当院を何でお知りになりましたか?
インターネット、チラシ、ポスター、看板、知人の紹介、その他()