

〔海谷眼科・問診票〕

記入日 平成 年 月 日 担当

ふりがな		性別		明・大・昭・平
氏名		男・女	生年月日	年 月 日生
				(才)
住所	〒 ー 県 (市・郡) 区 (町・村)			
	丁目 番 号 (マンション・アパート名、部屋番号) 番地 号			
TEL	() ー	携帯TEL	() ー	

☆ 本日は、予約でのご来院ですか。 はい (時 分の予約) / いいえ

☆ 本日の受診に際して紹介状、検査結果等はお持ちですか。 はい (紹介状 検査結果) / いいえ

1. 本日は、どのような症状で受診されましたか。 (両眼 / 右眼 / 左眼)

- ・充血 ・かゆみ ・目やにが出る ・涙が出る ・はれ ・視力低下 ・かすみ
- ・乾く ・痛み ・ゆがんで見える ・見えない部分がある ・異物が見える ・疲れ
- ・その他 ()

2. それは、いつ頃からですか。 から

3. 今回の症状で他の眼科を受診されましたか。

はい (病院名 病名) / いいえ

★メガネ作成、コンタクト作成を希望される患者様。

- ・メガネを作りたい (遠く用 / 近く用 / 遠近両用)
- ・コンタクトを作りたい
- ・コンタクトを作成するのは初めてですか。 (はい / いいえ)

4. 今までに眼の病気になった事や手術をされた事がありますか。

はい (病名) / いいえ

5. 下記のような病気になった事や、現在治療中の病気はありますか。

- ・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・アレルギー疾患 ・血液疾患
- ・喘息 ・その他 ()
- ・かかりつけの病院名 ()
- ・使用中の薬 ()

6. 食べ物、お薬のアレルギーはありますか。

はい () / いいえ

7. 現在、妊娠中または授乳中ですか。 はい / いいえ

受付・問診者記入欄	
右	左
	

本日、当院を選ばれた理由は何ですか。当てはまるものに○をつけて下さい。

- 1 家族、知人等の紹介 2 他の医療機関からの紹介 3 ホームページを見て 4 電話帳を見て
- 5 駅、道路等の看板を見て 6 情報誌を見て 7 近いから 8 規模・設備 9 治療実績
- 10 他院を受診したが当院にも相談したい(セカンドオピニオン) 11 評判を聞いて
- 12 診療日、診療時間帯が良いから その他 ()

★患者様個人の情報は、当院で定めた利用目的の範囲内で利用させていただきます。