

かけ川海谷眼科 問診票 兼 診察受付

ふりがな		性別	生年月日
氏名	<input type="checkbox"/> 同姓同名	男 女	(明 大 昭 平) 年 月 日生
ふりがな	〒		
住所	—		
自宅電話番号	() —	携帯電話番号	() —

- 診察をご希望の目はどちらでございますか？ 平成 年 月 日
 右眼 左眼 両眼 (上瞼 下瞼 眼球)
- ご症状をお知らせいただけますか？ (検査内容を決めますので具体的にお願いします。)

当院記入

眼鏡作成希望 / コンタクト作成希望 / コンタクト検診 / 検診で検査が必要といわれた (検診用紙あり)
 痛み / 充血 / 目やに / かゆみ / 乾目 / 涙目 / 疲れ目 / 異物感 / かすむ / ぼやける
 白内障 / 緑内障 / 飛蚊症 / 翼状片 / 結膜下出血 / EKC疑い / 逆睫毛 / できもの / 腫れ

- 今回のご症状はいつ頃からでございますか？
- 他の眼科を受診した事はございますか？ 紹介状 (ある なし)
 _____ 眼科 いつ頃ですか？ 年 月頃
 手術の経験 (ある なし) いつ頃ですか？ 年 月頃
 (白内障 / 緑内障 / レーザー / 網膜剥離 / 翼状片 / できもの / その他 :)
- 眼科以外で治療中のお病気はございますか？ (ある なし)
 糖尿病 高血圧 結核 喘息 心臓の病気
 その他 ()
- 眼科以外で処方されているお薬はございますか？ (ある なし)
- お薬手帳をご持参されましたか？ (ある なし)
- 女性の患者様に、妊娠中またはその可能性がございますか？ (はい いいえ)

初めて当院をご利用された患者様は、ご受診いただいた理由をお答え下さい。

- () 1. 看板を見て () 4. ホームページを見て
 () 2. 家族、知人の紹介 () 5. 以前から知っていたため (当院に近いから)
 () 3. 他院からの紹介 () 6. 他院に通院したが良くならない為 (セカンドオピニオン)
 7. その他 ()