

海谷眼科 問診票

フリガナ	性別 男・女	生年月日
氏名		大正・昭和・平成・令和 年 月 日(才)
住所 〒 _____		
TEL	携帯TEL	

※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。

●持参されているもの 紹介状 健診結果 学校検診の用紙

●本日はどのような症状で受診されましたか？

【 両眼 / 左眼 / 右眼 】

- 充血 目やに かゆみ 痛み
 視力低下 症状変化なし定期検査希望
 見えない部分がある ゆがんで見える
 その他医師に相談したい症状があればご記入ください



●症状はいつ頃からありますか？(_____)

●今まで眼の病気を指摘されたことがありますか？その症状で他の眼科を受診されていますか？

病名(_____) 眼科名(_____)

●過去に眼の手術を受けたことはありますか？

- なし 白内障 緑内障 網膜疾患 斜視 まぶた LASIK
 その他(_____)

●眼科以外の病気はありますか？

- なし 糖尿病 高血圧 心臓病 アトピー 脳梗塞 喘息
 認知症 その他(_____)

●(女性の方に) 現在妊娠中、授乳中ですか？ 妊娠中 授乳中 いいえ

●お薬のアレルギーはありますか？薬名(_____) なし

●使用中のお薬がありますか？ ※お薬手帳のご提示をお願いします

なし あり(本日お薬手帳 あり / なし / アプリ)

●メガネを使用されていますか？ いいえ はい(本日持っている / 持っていない)

●コンタクトレンズを使用されていますか？

いいえ はい(本日装用中 / 装用していない)

●必要に応じ目薬で瞳を大きく開く「散瞳検査」を行います。

(半日ほど眩しくなりお車の運転ができなくなります)

本日散瞳検査 できる 本日散瞳検査 できない

スタッフ記入欄

記入日

担当 TEL 有・無

【ご来院いただきありがとうございます】

今後のサービス向上の為、アンケートにご協力ください。(ご回答は任意です)

◇当院をどのようにしてお知りになりましたか？(当てはまるもの全てに○をつけてください)

- ① 他医療機関からの紹介
 - ② 家族・知人からの紹介
 - ③ 近隣にお住まいの為
 - ④ 看板・広告
 - ⑤ インターネット検索
 - ⑥ Googleマップ検索
 - ⑦ インスタグラム
 - ⑧ YouTube
 - ⑨ その他()
-

◇当院を選択された主な理由をお聞かせください(当てはまるもの全てに○をつけてください)

- ① 専門性の高い医師がいる
 - ② 医療機器が整っている
 - ③ 希望している治療を行っている
 - ④ 施設が清潔・快適そう
 - ⑤ 近かったから
 - ⑥ 予約がとりやすかった
 - ⑦ その他()
-

ご協力ありがとうございました。海谷眼科