

〔問診票〕

※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。

ふりがな		性別	(大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和)	
氏名		男 ・ 女	生年 月日	年 月 日 (才)
住所	〒 _____ (マンション・アパート名、部屋番号も記入)			
TEL	() _____	携帯TEL		

*連絡を差し上げることがございますので日中連絡が取りやすい電話番号をご記入ください

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

☆本日は、予約でのご来院ですか。 はい / 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)

○主訴 (一番気になるところ) _____

○その他 該当のご症状があれば選んでください。

- 充血 • 目やに • かゆみ • はれ • 異物感 • 痛み • 涙目
- 乾き • 疲れ • 視力低下 • かすみ • まぶしさ • 物が二重に見える
- 視界に小さい黒い点が見える (• 黒い点が動く • 動かない) • 光が見える
- メガネ作成希望 • コンタクトレンズ作成希望

2. 症状はいつ頃からですか。 _____ から

3. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

• はい (医療機関名 _____ 病名 _____) • いいえ

※「はい」と回答された方だけお答えください。

他院からの紹介状や検査結果はお持ちですか。 はい / いいえ

4. 現在、当てはまる項目がありますか。(ない場合は、5の質問へお進みください)

- 過去に眼の手術を受けた _____ (病名) _____ (いつ)
- 糖尿病 • 高血圧 • 心臓病 • アトピー • 脳梗塞 • 喘息 • 透析中
- 妊娠中もしくは授乳中 • その他、現在治療中の病気 _____
- 現在使用中のお薬がありますか。 はい (• 本日手帳あり • 手帳なし) • いいえ

5. お薬のアレルギーはありますか。

• はい _____ (薬名) _____ • いいえ

6. メガネを使用されていますか。 はい (• 本日持っている • 持っていない) • いいえ

7. コンタクトレンズを使用されていますか。 はい (• 本日装用中 • していない) • いいえ