

【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。

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

*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

にチェックを入れて下さい。

● 本日は、予約でのご来院ですか。 はい いいえ 記入日: 年 月 日

●主訴 (ご来院の理由)

定期検診

メガネ処方箋の発行

※具体的にご記入下さい。

コンタクトレンズ作製 (初めて 経験あり)

右目 左目 両目

※目の中の検査が必要な場合、別日での処方になります。

●その他 該当のご症状があればお選びください。

充血 腫れ 疲れ 痛み 涙目 乾き めやに かゆみ 異物感 視力低下
 かすみ まぶしい 二重に見える (片目で 両目で) 黒い点が見える (動く 動かない)

● 症状はいつから起きましたか? _____ から

● 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」と回答された方は、紹介状や検査結果はお持ちですか。 はい いいえ

● 現在、当てはまる項目がありますか?

過去に眼の手術を受けた (病名) _____ (いつ) _____
 糖尿病 高血圧 心臓病 脳梗塞 アトピー
 喘息 透析中 妊娠中、もしくは授乳中 その他 (_____)
 現在使用中のお薬がある。 (本日おくすり手帳あり 手帳なし)

● お薬のアレルギーはありますか?

はい (薬名) _____ いいえ

● 眼鏡を日常的に使用されていますか? はい いいえ 老眼鏡のみ

● コンタクトレンズを日常的に使用されていますか? (月1回以上)

はい いいえ 本日装用中

● 当院を知ったきっかけを教えてください。

看板 チラシ インターネット 紹介 眼科 近隣

かけ川海谷眼科 担当: