

〔みどり台海谷眼科・問診票〕

年 月 日 (:) 担当

※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	西暦
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)	
携帯TEL	()	自宅TEL ()

※上記携帯電話に予約のお知らせをメールで送信させていただくことがあります。不要の場合はお申し出ください。

☆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)

- ・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

※その他



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

本日の受診目的は何でしょうか？

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 _____
- ・使用中的お薬 (手帳をお持ちの方はご提示ください) _____

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