

(問 診 票)

ふりがな

氏 名 _____ 性 別 : (男 ・ 女)

生年月日 大・昭・平・令 _____年____月____日生 _____才

住 所 〒 _____ - _____

電 話 (_____) _____ - _____

1. 今日はどうなさいましたか。あてはまるものを○で囲んでください。

下記に示す症状が _____ (日・週間・か月・年) 前からある

- ・眼が痛い (右眼・左眼・両眼)
- ・眼がかゆく (右眼・左眼・両眼)
- ・眼がかゆい (右眼・左眼・両眼)
- ・眼がつかれる (右眼・左眼・両眼)
- ・見えにくい (右眼・左眼・両眼)
- ・眼が充血する (右眼・左眼・両眼)
- ・眼やにが出る (右眼・左眼・両眼)
- ・涙がとまらない (右眼・左眼・両眼)
- ・メガネ・コンタクトレンズを作りたい

→コンタクトレンズの装用は初めてですか。(はい ・ いいえ)

・その他 具体的にお書きください _____

2. 今までに眼の病気にかかったことが (ある ・ ない)。

「ある」とお答えの方 病名 _____

3. 今までに眼の手術を受けたことが (ある ・ ない)。

「ある」とお答えの方 具体的に _____

4. 現在かかっている病気はありますか。あてはまるものを○で囲んでください。

・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・腎疾患 ・喘息 ・その他 _____

5. 現在内服中の薬が (ある ・ ない)。

「ある」とお答えの方 薬の名前 _____

6. 今までにくすりや注射で具合が悪くなったことが (ある ・ ない)。

「ある」とお答えの方 薬剤名 _____

7. 本日の来院方法を教えてください。

・徒歩(自転車) ・公共交通機関(タクシーなど) ・車(バイク)の運転 ・その他

※ 初めて来院される方へ

当院をどのようにしてお知りになりましたか? あてはまるものを○で囲んでください。

- ・お知合い(ご家族、ご友人)からのご紹介 (差支えなければご紹介者のお名前: _____ 様)
- ・近所だから ・看板を見て ・ホームページを見て ・医院の前を通るから
- ・その他 (_____)

す あ み 眼 科