

問診票

ふりがな ()	生年月日: S・H・R	年	月	日
お名前		男	・	女
郵便番号 〒 -	電話番号 () -			
ご住所	携帯番号 () -			

1、どちらの目の具合が悪いですか？ (両目 ・ 右目 ・ 左目)

2、症状はいつからですか？ (今日 ・ 日前～ ・ ヶ月前～ ・ 年前～)

3、本日の来院理由は、

見えにくい・かゆい・目やに・痛い・充血・乾く・飛蚊症・二重に見える・涙が出る・眼鏡が合わない

ゆがんで見える・まぶたが腫れた・目をぶつけた・健診・コンタクト処方希望 ※その他 ()

※コンタクト処方希望の方へ・・・当院にて、コンタクトレンズもご購入いただけます。

4、普段コンタクト装用 (あり/リフト 1day or 2week ・ ハード) [X-カー名] ・ していない)

装用ありの方→ 本日装用 (あり ・ なし)

5、今までに目の病気、または目の手術をされたことがありますか？ はい ・ いいえ

はいとお答えの方・・・ (病名: いつ頃)

6、今現在、他の眼科で治療中ですか？ はい ・ いいえ

はいとお答えの方・・・ (病院名: 薬:)

7、以下の病気にかかったこと、もしくは現在治療中のご病気はありますか？

糖尿病 (HbA1c %) ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ アトピー ・ 抗うつ薬服用中

その他 ()

8、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ

はいとお答えの方・・・ (薬品名: 食べ物:)

9、本日は、

(車で来院 ・ バイクで来院 ・ 自転車で来院 ・ 歩きで来院 ・ 送ってもらった)

10、女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？ はい ・ いいえ 授乳中ですか？ はい ・ いいえ

12、当院を何でお知りになりましたか？ (Oで囲んでください。)

① 当院ホームページ ② 病院なび ③ 看板 (新和 ・ 幸房)

④ 近所だから ⑤ 知人の紹介 (お名前:) ⑥ EPARK ⑦ バス