

問診票

ふりがな		男 ・ 女
氏 名		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	才
住 所	〒	
電話番号	・携帯電話 ・自宅 ・その他	
	①	②

記入者（本人以外の場合）： _____

注：当院では、コンタクト処方・検査や労災・事故関連の診療は行っておりません。

① 当院はどのように知りましたか？

- ・インターネット ・置き看板 ・駅看板 ・バスアナウンス ・パンフレット ・電柱
- ・家族/知人/他院（ _____ さん）からの紹介 ・紹介状持参

② 本日はどうされましたか？

「右目 ・ 左目 ・ 両目」が いつ「 _____ 」頃から

- ・白内障手術希望
- ・みえにくい ・かすむ ・まぶしい
- ・黒いものが見える ・光ったものが見える ・ゆがんで見える
- ・目やに（べったり・少量） ・赤い ・痛い ・ゴロゴロする ・かゆい
- ・涙が出る ・かわく ・つかれる
- ・まぶたが腫れた（上・下・目頭・目じり） ・しこりがある
- ・眼鏡を作りたい
- ・健康診断で眼科の受診を勧められた ・糖尿病の眼底検査のため

その他： _____

③ 今までに上記の理由あるいは他の理由で眼科の診察を受けられましたか？

- ・受けていない・受けた いつ頃？（ _____ ） 診断結果は（ _____ ）
- 治療（手術・レーザー）・お薬（ _____ ）

④ 今までに大きな全身の病気にかかったことはありますか？

- ・特にない ・高血圧 ・糖尿病 ・喘息 ・心臓病 ・その他（ _____ ）

⑤ お薬でアレルギーをおこしたことはありますか？

- ・特にない ・お薬/注射（ _____ ） その他（ _____ ）

⑥ 通院手段（車・バイク・自転車・歩き・電車・バス・それ以外）

⑦ コンタクト 今日（している・していない） 普段は（している・していない） 種類（ハード/ソフト 1 day・2week・1か月・通常タイプ）

⑧ 女性の方 妊娠（している _____ カ月・していない）