

問診票

ふりがな		男 ・ 女	電話番号	(自宅)
氏名				(携帯)
生年月日	大・昭・平・令和 年 月 日生(歳)		住 所	〒 -

●今日はどのような症状で来院されましたか？

症状のある眼 (両眼・右眼・左眼) いつ頃から (日・週・月) 前から

症状 (例：赤い、めやに、かすんでいる、黒いものが飛んで見えるなど)

●メガネを使用していますか？ はい (遠用・老眼鏡・遠近両用)・いいえ
 はいの場合：具体的にいつからご使用でしょうか ()

●コンタクトレンズの使用経験はありますか？
 はい (ソフト・ハード 現在使用中・過去に使用歴あり)
 いいえ

●今まで、眼科にかかったことはありますか？ はい・いいえ 病院名()
 はいの方、○をつけてください
 白内障 緑内障 花粉症 飛蚊症 その他()
 また、眼科で手術・レーザーを受けたことがありますか？ はい・いいえ
 はいの方(術名 いつ頃)

●現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？ はい・いいえ
 はいの方、○をつけてください。
 糖尿病 高血圧 心臓病 リウマチ 花粉症 アトピー じんましん ぜんそく 風邪
 その他()
 かかりつけの病院・クリニックがあればお教えてください。 病院名 ()

●お薬で副作用を経験されたことはありますか？ はい・いいえ
 はいの方
 お薬のなまえ ()

●当院を何でお知りになりましたか？
 知人・家族の紹介 ホームページ チラシ パンフレット バス広告 看板
 他院からの紹介 ご近所・通りすがり 街頭配布 (ティッシュ)
 その他()

●本日どのように来院されましたか？
 徒歩 自転車 自動車 電車 バス タクシー
 その他 ()

●以下は女性の方のみお答えください。
 ・現在妊娠していますか？ はい・いいえ ※はいとお答えいただけましたら何ヶ月目でしょうか？
 ・授乳中ですか？ はい・いいえ → (ヶ月目)