

衣笠中央眼科 問診票

ふりがな		男・女	住所	〒(-)
お名前				
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	電話番号	自宅	()
年齢	才		携帯	()

今日はどうしましたか ○で囲んでください

右目	左目	両目	充血	出血	かゆみ	めやに	腫れ	乾く	異物感
違和感 ゴロゴロ 痛み(表面・奥) その他()									
黒いものが飛ぶ ゆがんで見える 見づらい(遠方・近方)									
上記の症状がいつからありましたか ()									
健康診断・人間ドック後の受診 ()									
眼の健康診断希望		白内障検査希望		緑内障検査希望		斜視検査希望			
学校検診後の視力		眼鏡処方箋希望		コンタクトレンズ希望					

眼鏡を使用していますか	はい	いいえ
コンタクトの使用経験はありますか	はい	いいえ
今までに横須賀中央眼科にかかったことはありますか	はい	いいえ
⇒“はい”の方は、横須賀中央眼科から 診療情報提供を受けてもよろしいですか	はい	いいえ
今までに他の眼科にかかったことはありますか	はい	いいえ
⇒“はい”の方は、詳細を下記へ記入して下さい		

いつ頃	病名・手術名・レーザー名	通院先	処方薬

眼科以外で治療中のご病気、使用中のお薬はありますか	はい	いいえ
⇒“はい”の方は、詳細を下記へ記入して下さい (高血圧 糖尿病 ぜんそく その他)		

いつ頃	病名・手術名など	通院先	処方薬
			※お薬手帳をお持ちの方は提出してください

お身体に合わないお薬はありますか	はい	いいえ
⇒“はい”の方はお薬名を記入して下さい()		

本日は、自転車、バイク、車の運転の予定はありますか	はい	いいえ
女性の方のみにお聞きします。現在妊娠していますか	はい	いいえ
現在授乳中ですか	はい	いいえ

当院をどのようにしてお知りになりましたか	他院の紹介・知人の紹介・家族がかかっている
	看板を見て・インターネット・バスの広告や車内アナウンス・その他