

問 診 票

フリガナ			昭・平・令	
氏 名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日(才)
〒	-		電話番号	(携帯可)
			職 業	
住 所	都・道・府・県 市 区			

※当院は正確な診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています※

【 1 】 今日はどうされましたか (コンタクト処方と眼鏡処方は同日にできません)

- | | | | |
|----------|------------------|--------------|--------------|
| 1) 赤い | 2) かゆい | 3) 痛い | 4) ごろごろする |
| 5) 目やに | 6) 流涙 | 7) 腫れる | 8) 乾く |
| 9) 疲れる | 10) 見づらい (遠く/近く) | 11) 虫がとんで見える | 12) 健康診断で再検査 |
| 13) 学校検診 | 14) メガネ処方 | 15) コンタクト処方 | 16) その他() |

【 2 】 上記症状はいつ頃からですか (コンタクト・眼鏡処方の方は【3】へ)

いつ () どこ (右眼・左眼・両眼)

【 3 】 これまで目のケガや病気にかかったことはありますか ※レーシック(近視矯正手術)含む

いいえ はい【いつ () (右・左・両) 診断名 () →治療中・経過観察・治療済】

【 4 】 これまで病気にかかったことはありますか

いいえ はい【高血圧・脂質異常症・糖尿病・心疾患・喘息・リウマチ・腎臓病・甲状腺疾患】
【その他 ()】

【 5 】 現在、病院で処方されているお薬はありますか ※処方薬のある方は必ずご記入ください

いいえ はい【お薬の名前 ()】

【 6 】 ご家族の中に以下の病気の方はいますか

いいえ はい【糖尿病・緑内障・網膜色素変性症・黄斑変性】

だれ【祖父・祖母・父・母・兄・弟・姉・妹・叔父・叔母】

【 7 】 アレルギーはありますか ※禁忌薬のある方は必ずご記入ください

いいえ はい【禁忌薬 ()・花粉・ハウスダスト・食べ物・アトピー・その他 ()】

【 8 】 (女性の方のみ) 妊娠中もしくは授乳中ですか

いいえ はい【妊娠中 () ヶ月 ・ 授乳中】

【 9 】 眼鏡はお持ちですか

持っている【使っている・使っていない】 / 持っていない【過去に使っていた・使用したことがない】

【 10 】 コンタクトレンズの使用経験はありますか

いいえ はい【ハード・ソフト・現在使用していない】

【 11 】 何をご覧になって来院されましたか

【 紹介 ・ ホームページ (パソコン/携帯) ・ 看板 ・ 電話帳 ・ その他 ()】