

問診票

令和 年 月 日 No. _____

ふりがな (_____)

お名前 _____ 男・女 _____ 職業 (_____)

生年月日 (西暦 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和) (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

郵便番号 〒 _____ - _____

ご住所 _____

電話番号 (_____) - _____

携帯番号 (_____) - _____

1. 本日の来院手段

① 徒歩 ② 自転車・バイク ③ バス ④ 電車 ⑤ 車 ⑥ その他 (_____)

2. どちらの目の具合が悪いですか? (両眼 ・ 右眼 ・ 左眼)

3. 症状はいつからですか? (_____ 日前～ ・ _____ 月前～ ・ _____ 年前～)

4. 本日の来院理由をご記入ください。

① 視力低下 ② 目が乾く ③ 目が痛む ④ 目やにが出る ⑤ 目が疲れる ⑥ 充血
⑦ 黒いものが飛んでいる (飛蚊症) ⑧ 視野が欠ける ⑨ 涙が出る
⑩ 異物が入った ⑪ 目がかゆい ⑫ まぶたの腫れ (できもの) ⑬ 歪んで見える
⑭ 白内障相談 ⑮ 黄斑前膜相談 ⑯ 緑内障相談 ⑰ コンタクトレンズを作りたい
⑱ 眼鏡を作りたい ⑲ その他 (_____)

5. 普段の生活で眼鏡もしくはコンタクトレンズは使用していますか?

いいえ ・ はい (眼鏡 ・ コンタクト)

コンタクトレンズを使用している方へ、本日は装用されていますか? (はい ・ いいえ)

6. 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. 今までに目の病気や治療 (手術・レーシック) 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: _____ 治療内容: _____)

8. 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 ・ 高血圧 ・ ぜんそく ・ 心臓病 ・ 特になし

その他 (_____)

9. 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: _____)

10. 当院を何でお知りになりましたか?

インターネット、チラシ、ポスター・看板、知人の紹介、その他 (_____)