



問診票

お手数ですが、ご記入をお願いします。

(フリガナ) お名前	男 女	生年 月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日
〒 ご住所	携帯番号			
	自宅番号			
	緊急 連絡先		続柄()	

1. どういふことて来院されましたか? 症状はいつ頃から から(右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)

見えづらい ・ かすむ ・ ぼやける ・ 疲れる ・ まぶしい ・ 二重に見える ・ ゆがむ ・ ぶつけた ・ 物がとんで見える ・ 赤い ・ 目やにが出る ・ 痛い ・ 涙が出る ・ かわく ・ 物が目に入った ・ ゴロゴロする ・ 眼鏡・コンタクトとつくりたい ・ 免許更新ができなかった ・ 白内障手術希望

その他 ()

- ・上の症状で、別の病院を受診したことが、(はい ・ いいえ)
- ・普段、コンタクトレンズを使用されていますか?(はい ・ いいえ)

2. 今までに目の病気、手術をされたことがありますか?ある場合は記入してください。

(左眼・右眼) (いつ: 病名: 病院名:)
(左眼・右眼) (いつ: 病名: 病院名:)

3. 今まで眼科以外で手術されたことはありますか?

(はい ・ いいえ) (いつ: 病名: 病院名:)

4. 今までに大きな病気にかかったこと、現在かかっている病気はありますか?

(なし ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 結核 ・ 喘息 ・ 前立腺肥大)
(その他) (かかりつけ病院名:)

5. 今までに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) (はいの場合:種類)

6. 現在、飲んでいるお薬がありますか?

(はい ・ いいえ) (はいの場合:種類)

7.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)(週目)

8. 当院までの本日の交通手段をお教えいただけますか?

(バス ・ 電車 ・ タクシー ・ 自家用車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ 送迎 ・ その他)

9. 当院はどのようにお知りになりましたか?

(看板 ・ チラシ ・ 人から聞いて ・ ホームページ ・ クリエイト ・ 晁友)