

問 診 票

ふりがな _____ 昭・平・令 年 月 日生まれ (年齢 歳)

お名前 _____ (男・女) _____ 15歳以下のお子さんの体重 _____ k g

住所 〒 _____ 電話 (_____) _____

_____ 携帯 _____

1. 当院をお知りになったきっかけは？ (複数回答可)
家族から聞いて (家族が通っているから) 知人から聞いて 他の医療機関から聞いて
近所・通りがかり 当院のホームページを見て 医療検索サイトを見て
駅看板 道路の看板 その他 (_____)
2. 本日はどのような症状ですか？
右眼 左眼 両眼
めやにが出る なみだが出る 見えにくい
かすむ 眼が赤い ゴロゴロする
眼がかゆい 眼が疲れる 眼が痛い
黒いものが飛ぶ 学校 (幼稚園・保育園) 検診 眼が腫れている
メガネ希望 コンタクト希望
その他 (_____)
3. その症状はいつごろからですか？
今日から (_____) 日前から (_____) ヶ月前から (_____) 年前から
4. 今回の症状ですでに他の医療機関で治療を受けましたか？
いいえ はい (いつ _____ どの医療機関 _____)
5. 今まで、眼の病気で眼科にかかれたことがありますか？
白内障 緑内障 結膜炎 ものもらい 花粉症 その他 (_____)
6. 現在、他の医療機関で治療を受けていますか？
糖尿病 高血圧 心臓病 ぜんそく リウマチ アレルギー性鼻炎
アレルギー性皮膚炎 その他 (_____)
7. アレルギーといわれたり、その他の薬や注射で異常が起きたことはありますか？
いいえ はい (具体的に _____)
8. 本日、コンタクトレンズを使用されていますか？
いいえ はい コンタクトレンズの名前 (_____)
9. 【コンタクトレンズご希望の方へ】 どのコンタクトレンズをご希望ですか？
使い捨てソフトコンタクトレンズ (近視用 遠近両用) 1日 2週間 1ヶ月
ハードコンタクトレンズ
10. 【女性の方へ】 現在妊娠中、あるいは妊娠している可能性がありますか？また授乳されていますか？
いいえ 妊娠中 (_____ 週目) 授乳中 (_____ ヶ月)