

診察申し込み・問診票

フリガナ				
おなまえ				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
性別	男 ・ 女			
ご住所	〒 _____ (必須)			
電話番号	- - - - -			
緊急連絡先 (携帯電話番号等)	- - - - -			

①症状のあるのはどちらですか？ 1) 右眼 2) 左眼 3) 両眼

②症状がでたのはいつ頃からですか？ _____ 年 ・ _____ ヶ月 ・ _____ 日 前から ・ 不明

③症状に○印をお付けください。

1) 見えにくい 2) 目やに 3) 充血 4) 痛み 5) かゆみ

6) 検診 (視力・眼底検査・学校検診)

7) その他 (_____)

※検査結果、紹介状のご持参があればお出しください。

④今まで目の病気やケガ・手術をしたことはありますか？ (ない ・ ある)

・ 白内障 ・ 緑内障 ・ 糖尿病網膜症 ・ 網膜剥離 ・ その他 (_____)

どちらの目ですか？ (右・左・不明) いつ頃： _____ 病院名： _____

⑤現在、目以外の病気で通院・治療を受けていますか？ (いない ・ いる)

1) 糖尿病 (HbA1c %) 2) 高血圧 3) 心臓病 4) 喘息

5) アレルギー 6) アトピー 7) 花粉症 8) 前立腺肥大 9) 脳梗塞

10) その他 (_____)

⑥現在、使用中のお薬はありますか？ (ない ・ ある) ※お薬手帳があれば受付にお出しください

薬の種類 (_____)

当院でもお薬手帳を希望されますか？ (いいえ ・ はい)

⑦今まで使ったお薬で具合が悪くなったことはありますか？ (ない ・ ある)

薬の種類 (_____)

⑧本日はご自分の運転で来られていますか？ (いいえ ・ はい)

⑨女性の場合・妊娠	いいえ ・ はい	⑩授乳中	いいえ ・ はい
------------------	-----------------	-------------	-----------------

⑪眼鏡・コンタクトの作成希望はありますか？ (いいえ ・ はい)

◎はいと答えた方のみ下記の質問にお答えください

1) 眼鏡希望

2) コンタクト希望 (ハード ・ ソフト) 使い捨てソフト (ワンデー ・ 2週間 ・ 1ヶ月)

今までにコンタクトを使用したことがありますか？ (いいえ ・ はい)

◎眼鏡 ・ 持っていない ・ 持っている (遠方用 ・ 近方用 ・ 遠近両用)

ご記入ありがとうございました。