

問診票

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		ご職業		年齢	歳
氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男・女
住所	〒 -				
電話番号	- -		携帯番号	- -	
①本日の症状について当てはまるものに○を付けて下さい。（複数ある場合は最も気になるものに◎） どちらの眼ですか（ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ） いつ頃から（ ） ・ 痛い ・ ぐろぐろする ・ かゆい ・ 赤い ・ 腫れている ・ 疲れる ・ 乾く ・ 目やにがでる ・ 涙が出る ・ ぶつけた ・ かすむ ・ まぶしい ・ 二重に見える ・ ゆがむ ・ 黒い点（物）が見える ・ 見えづらい（遠く / 近く） ・ 眼鏡が合わない ・ （眼鏡 / コンタクトレンズ）を作りたい ・ 手術を希望している（ 白内障 ・ 翼状片 ・ 緑内障レーザー治療 ・ その他 ） ・ その他（ ）					
②今までに眼の病気にかかったことがありますか。（ ある ・ ない ） あるとお答えの方 → 病名（ ） 病院名（ ）					
③現在かかっている病気はありますか。（ ある ・ ない ） あるとお答えの方 → <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 透析中 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> がん（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
④現在服用しているお薬はありますか。（ ある ・ ない ） あるとお答えの方 → 薬剤名（ ）					
⑤今までに薬や注射で具合が悪くなったことがありますか。（ ある ・ ない ） あるとお答えの方 → 薬剤名（ ）					
⑥アレルギーはありますか。（ ある ・ ない ） あるとお答えの方 → （ ）					
⑦女性の方で、妊娠中または妊娠している可能性はありますか。（ ある ・ ない ） あるとお答えの方 → （ 可能性あり ・ 妊娠中【 か月】 ・ 授乳中 ）					
⑧眼鏡、コンタクトレンズを装用されていますか。（ 眼鏡 ・ コンタクト ・ 装用なし ） コンタクトレンズの種類 → （ ハード・ソフト / 1day ・ 2week ） （ メーカー： ）					
⑨本日はお車や自転車などご自分で運転して来院されましたか。（ はい ・ いいえ ） はいとお答えの方 → （ 車 ・ バイク ・ 自転車 ・ その他 ）					
⑩差し支えなければ、当院を来院されたきっかけをお教えてください。 ・ インターネット検索でホームページを見て知った ・ 看板を見て知った ・ 雑誌を見て知った ・ 自宅が近い ・ たまたま通った ・ 紹介（ ）					

●ご記入ありがとうございました。記入後は受付までお願い致します。 ● 山鼻うの眼科