

診療申し込み・問診票

記入日 年 月 日

フリガナ				性別	男 ・ 女
氏名					
生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日生 (才)				
住所	〒 - -			職業	
				学校名	保・幼 小・中
電話	- - 緊急用(ご家族) - -				

				本 家		割
				円		期限

☆お工作中・通勤途中・学校生活中・登下校中の負傷ですか？ はい(労災・スポーツ保険の対象です)

☆いつごろから症状がありますか？
 今日(来院日 当日) 昨日(来院日 前日) 2~3日前 一週間前 それより前(一週間以上前)

☆どちらの目ですか？
 右目 左目 両目 まぶた(右 左 両)

☆どのような症状ですか？

- 目ヤニが出る 充血 痛い かゆい 腫れている
- ゴロゴロする 乾く 疲れる 涙が出る 飛蚊症(黒いものが飛ぶ)
- 見えにくい 二重に見える 歪んで見える まぶしい 学校検診
- 白内障手術(検査)希望 緑内障検査希望 健康診断での指摘()
- 眼鏡を作りたい コンタクトレンズを作りたい ※目の状態等により購入できない場合があります。
※処方箋のみの発行はしていません。18歳未満の方は要保護者同伴。
- その他()

☆普段からメガネやコンタクトレンズを使用していますか？
 使用していない メガネ(遠用 老眼鏡 遠近両用) ハードコンタクト ソフトコンタクト(1d 2w 1M)

★本日、コンタクトレンズは装用中ですか？ いいえ はい(1日用 2週間用 1ヶ月用 ハードコンタクト)

☆本日の来院手段についてお尋ねします。
 徒歩 自転車 バイク 車(自分で運転 乗せて来てもらった)

☆今までに目の手術を受けたことがありますか？ ある場合は、手術を受けたのはいつですか？(年頃)
 ない ある 白内障(右 左 両) レーシック その他()

☆現在、他の眼科を受診中でしょうか？
 いいえ はい ※眼科名() 処方薬名()

☆現在、治療中の病気や服用中のお薬はありますか？
 いいえ はい 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 喘息 花粉症 アトピー性皮膚炎
 腎臓病(人工透析中) 前立腺肥大 その他()
 ※病院名() 服用中の薬名()

☆薬や注射などで具合が悪くなったことやアレルギーを起こしたことがありますか？
 いいえ ある ・アルコール綿 ・抗生物質() ・その他()

☆当院をどのようにしてお知りになりましたか？
 知人・家族・他院からのご紹介() 様) ホームページ 折込広告 看板 通りすがり

☆女性の方へ伺います。
 現在、妊娠中・授乳中でいらっしゃいますか？ いいえ はい(週) 授乳中