

問診票

★診察がスムーズに行われるように正確なご記入にご協力お願いいたします

フリガナ		性別	生年	大・昭・平・令
氏名		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	月日	年 月 日(歳)

◎住所 〒 -

◎電話番号(必要時病院から連絡してよい番号をご記入してください) → Tel: (- -)
△(緊急の際) [自宅 携帯 その他 (- -) <続柄: >

★7つの質問にお答え下さい★ (女性の方は8つ)

①いつからお困りですか? → [本日 時~/ 日前~/ ヶ月前~/ 年前の 月~/不明]

→発症原因に心当たりはございますか? いいえ はい → []

→この症状で、治療を受けたことはございますか?

いいえ はい → (内容:)

②現在の症状にすべてチェックをつけて下さい。そのうち最も気になる症状は○で囲んで下さい。

★ (両眼 右眼 左眼)

- 痛み かゆみ 充血 目ヤニ(多・少)(色:)
 涙目 違和感 腫れ 疲れ目 乾燥感 視力低下
 打撲 糸のようなものが見える 眼鏡処方希望 CL希望
 学校健診で指摘(視力低下・斜視・色覚異常・その他)

健康診断・人間ドック 眼底検査希望

その他/症状について詳しくお書き下さい。

()

③症状によっては瞳を開く場合があります、本日可能でしょうか?(数時間ぼやけてしまいます)

いいえ はい

→本日は診察後に車・バイクなどの運転をされますか?

いいえ はい

④今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはございますか?

いいえ はい(↓下記からお選びください。

- 高血圧 心臓病 腎臓病 糖尿病 喘息 アトピー 鼻炎 花粉症
 屈折矯正手術(レーシックなど) 緑内障 白内障 網膜剥離

その他()

→※その病気の治療を受けたことはありますか?

いいえ はい(内容:)

⑤現在も含め、今までに手術、病気、外傷または入院の経験はございますか?

なし あり→

(年前、病名 病院名: 現在も治療中→はい いいえ
(年前、病名 病院名: 現在も治療中→はい いいえ
(年前、病名 病院名: 現在も治療中→はい いいえ
(年前、病名 病院名: 現在も治療中→はい いいえ

⑥現在 使用している薬はございますか? ※お薬手帳をお持ちでしたらご提示お願い致します

いいえ

はい(お薬手帳: あり なし) 現在、使用している薬→

→薬や食べ物のアレルギーはございますか?

いいえ はい→ ()

⑦眼鏡、コンタクトレンズを使用中でしょうか?

いいえ はい → (眼鏡 コンタクトレンズ ↓)

※コンタクトレンズ と答えた方↓

→コンタクトレンズの種類 ハード ソフト 使い捨て→(1日・2週間・1ヶ月)

→コンタクトレンズの購入先 眼科 コンタクト量販店 ネット その他

⑧女性の方のみお答えください

妊娠中(ヶ月 週目 (出産予定日 年 月 日))・わからない・授乳中・該当なし

-----ご記入ありがとうございました。 新川まえた眼科-----