

診療問診票

No. _____

_____年 月 日

フリガナ _____

生年月日 _____

氏名 _____ (男・女) 西暦 _____ 年 月 日 (歳)

〒 _____ (大・昭・平・令 年)

住所 _____ 電話番号 _____

自宅 _____

携帯 _____

該当項目に○印を付けてください

1 どうなさいましたか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

痛い かゆい メヤニが出る 充血 涙が出る 物が当たった はれた

かすむ 二重に見える 視力が落ちた(遠くが見えにくい・近くが見えにくい) メガネ処方希望

眼底検査希望 視野検査希望 その他 ()

2 その症状は、いつからですか？

3 メガネを使用されていますか？ (いいえ ・ はい)

ご使用のコンタクトレンズ種類

4 コンタクトを使用されていますか？ (いいえ ・ はい → 1日・2週間・1ヶ月・ハード・ソフト)

5 現在、他の眼科へ通院されていますか？ (いいえ ・ はい)

6 現在、治療・通院中の病気や使用されている薬はありますか？ (いいえ ・ はい)

(高血圧 糖尿病 腎臓病 心臓病 など)

病名 :

薬名 :

7 過去に眼に関する大きな病気、手術をしたことがありますか？ (いいえ ・ はい)

病名 又は 手術名 ()

いつ頃 ()

8 アレルギーがありますか？ (いいえ ・ はい ・ 不明)

症状: じんましん ・ アトピー ・ 花粉症 ・ 喘息 ・ 食物 ・ 薬剤 (薬剤名)

その他 ()

9 当院をどちらでお知りになりましたか？ (複数回答可)

ご紹介 (家族 _____ 様 ・ 友人 _____ 様) メガネの和光 _____ 店

医療マップ 学区地図 電話帳 救急医療情報センター

地下鉄アナウンス 看板 当院ホームページ インターネット検索

家が近い 学校が近い 勤務先が近い その他 ()

★女性の方は、下記の質問についてもお答えください

10 妊娠中ですか？ (いいえ ・ はい)

11 授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)