

<問診票>

(フリガナ)

年齢

(名前)

様

歳

本日の交通手段
車(本人の運転・付添の運転・当院送迎)
(徒歩・自転車・バイク)

受診の目的

◎他の医療機関からの紹介 (有・無)

●症状がある場合

	どちらの目	いつから
<input type="checkbox"/> 視力低下(見づらい)	両・右・左	
<input type="checkbox"/> 痛み	両・右・左	
<input type="checkbox"/> かゆみ	両・右・左	
<input type="checkbox"/> 目ヤニ	両・右・左	
<input type="checkbox"/> その他 ()	両・右・左	

●症状がない場合

- 検診で指摘 (結果票 有・無)
- 定期検査希望 (コンタクト・疾病)
- 処方希望 (眼鏡・コンタクト)
- 気になること・調べてほしいこと

◆他の眼科を受診したことはありますか? はい・いいえ

眼科名 ()

病名 ()

薬 ()

最後にかかったのはいつですか? ()

◆お身体の状態について

治療されている病名の□に✓をつけてください

糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病

その他 ()

かかりつけ病院 ()

これまでに大きな病気にかかったことがありますか?(手術や入院など)

(病名)

薬や食品のアレルギーを起こしたことはありますか? はい・いいえ

(薬名)

アレルギーの病気にかかったことはありますか? 例)花粉症、ぜんそく、アトピー性皮膚炎など

はい(病名)・いいえ

◆今日のメガネ (遠くをみるため・近くを見るため・遠近両用)

◆今つけているコンタクト (1Day・2Week・それ以外のソフト・ハード)

→(透明・カラー(ディファイン含む))

該当するものがあれば□に✓または記入してください。

(女性の方へ)現時点で妊娠 (週又は ヶ月) 可能性あり

授乳中ですか? はい

(マイナ保険証をご使用中の方へ)保険証による診療情報取得に同意しましたか? はい

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆当院をどのように知りましたか? ()