診察申し込み・問診表

フリガナ				
おなまえ				
生年月日	明・大・昭・平・令	年　月　日(　歳)	性別	男　・　女
ご住所	〒　　ー　　（必須）			
電話番号	-	-		
緊急連絡先 （携帯電話番号等）	-	-		

①症状のあるのはどちらですか？　　1）右眼　　2）左眼　　3）両眼

②症状がでたのはいつ頃からですか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿前から

③症状に〇印をお付けください。

1）目が赤い　　2）目ヤニがでる　　3）目がかゆい　　4）涙が出る

5）物が見にくい　　6）黒いものが飛ぶ　　7）目が痛い　　8）目が腫れている

9）めがね合わせ希望　　１０）コンタクトレンズ希望　　１１）目の検診

１２）その他

眼鏡 コンタクトレンズについて	◎本日、コンタクトレンズを使用されていますか？（　いいえ・はい　） 使い捨て（1day・　2week・その他:　　）・ハード
	◎今までにコンタクトを使用したことがありますか？（　いいえ・はい　）
	◎ 眼鏡　・持っていない　・持っている（遠用・近用・遠近両用）

④今まで目の病気やケガ・手術をしたことはありますか？　（　ない　・　ある　）

・白内障　・緑内障　・糖尿病網膜症　・網膜剥離　・その他（　　）

いつ頃：　　病院名：

⑤現在、目以外の病気で通院・治療を受けていますか？　（　いいえ　・　はい　）

1）糖尿病（HbA1c　％・血糖　mg/dl　食後　時間　）

2）高血圧　薬（　ない　・　ある　）　薬の種類：

3）心臓病 4）喘息　5）アレルギー　6）アトピー　7）花粉症　8）前立腺肥大　9）脳梗塞

10）高脂血症　１１）その他：

病院名：

⑥現在、使用中のお薬はありますか？　（　ない　・　ある　）

薬の種類：

⑦今までにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？　（　ない　・　ある　）

薬・食べ物の名前：

⑧女性の場合・妊娠	いいえ　・　はい	⑨授乳中	いいえ　・　はい

当院をお知りになったきっかけは？
1）お知り合い、家族からの紹介　2）近所だから　3）インターネット　4）開院ちらし　5）看板

ご記入ありがとうございました。

医療法人 桜雲会 あや眼科クリニック