

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	〒 _____ (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○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 (1 day ・ 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	◎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。