

はじめて来院された方へ

令和 年 月 日

ふりがな		男・女	大・昭・平・令 年 月 日生		
お名前			年齢	才	職業
ご住所	〒	-	電話		
			()		
			携帯電話		
()					

1. どちらの眼ですか？ 右眼 左眼 両眼
2. あてはまる項目を○で囲んで下さい
 - ・ 見えない ・ かすむ ・ ぼやける ・ 二重に見える ・ 痛い ・ かわく
 - ・ かゆい ・ 目やにがでる ・ はれている ・ 赤い ・ つかれる
 - ・ 涙がでる ・ ゴロゴロする ・ まぶしい ・ 何か飛んでみえる
 - ・ その他気になることがあります ()
 - ・ 緑内障検査 ・ 白内障検査 ・ 眼底検査
 - ・ メガネをつくりたい ・ コンタクトレンズをつくりたい
 - ・ 身体検査で () と言われた
3. いつ頃からですか？

() 日前より () か月前より () 年前より
4. 今まで眼の病気をしたことがありますか？

ない ある (どんな病気でしたか) ()

(いつ頃) ()
5. 今までにアレルギー、特異体質と言われたことがありますか？

ない ある わからない
6. 飲み薬・注射等で具合が悪くなったことがありますか？

ない ある → (お薬の名前等) ()
7. 今まで(現在)眼以外の病気にかかったことがありますか？

特にない

ある → (高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 リウマチ 喘息 花粉症)

その他 ()
8. 女性の方にうかがいます
 - ・ 妊娠していますか？ いいえ はい () か月) 可能性あり
 - ・ 授乳中ですか？ いいえ はい
9. 以前にかかったことがある眼科はありますか？

いいえ はい () 年 () 月頃)
10. この眼科をお知りになったきっかけは？

紹介 () より) ホームページ 電話帳 看板

その他 ()

尚、問診票に記載して頂いた患者様の個人情報には診療行為のみに使用致します。