

問 診 表

No	年	月	日
ふりがな 受診者氏名	職業 ( )		
(男・女)	生年月日	明 昭 平 令	年 月 日 ( )
住 所	T E L ( )		

◎あなたの症状をまるで囲んでください。

1. どうされましたか？

- ・ めやに
- ・ かゆみ
- ・ 充 血
- ・ 涙がでる
- ・ まぶたがはれた
- ・ 何かができる
- ・ 眼がかわく
- ・ 黒いもの (虫や糸くずのようなもの) が見える
- ・ その他 ( )
- ・ 見にくい (遠く・近く)
- ・ かすむ
- ・ 二重に見える
- ・ 眼が疲れる
- ・ 学校で用紙をもらった
- ・ メガネ希望
- ・ コンタクトレンズ希望 (使用経験 有・無)
- ・ 何か入った
- ・ ゴロゴロする
- ・ 痛 い
- ・ 眼科健診希望
- ・ 白内障手術希望

2. どちらの目ですか？

- ・ 右目
- ・ 左目
- ・ 両目

3. いつごろからですか？

- ・ 日前より
- ・ 週間前より
- ・ ヶ月まえより

4. 今まで目の病気にかかったことはありますか？

- ・ ない
- ・ ある
- ・ アレルギー症結膜炎 (花粉症・ はやり目)
- ・ 緑内障
- ・ 白内障
- ・ 糖尿病性網膜症
- ・ 網膜剥離
- ・ 目のケガ
- ・ 角膜ヘルペス
- ・ その他 ( )

5. 今までに入院をした事や手術を受けたことがありますか？

- ・ ない
- ・ ある (眼科: )
- ・ 他科: )

6. 現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？

- ・ ない
- ・ 糖尿病
- ・ 高血圧
- ・ 心臓病
- ・ 腎疾患
- ・ ぜんそく
- ・ その他 ( )

7. 現在 内服中の薬がありますか？お薬手帳お持ちの方は提示してください。

- ・ ない
- ・ ある (おわかりになれば薬の名前を記入して下さい)
- ( )

8. 薬や注射・食物のアレルギーはありますか？

- ・ ない
- ・ ある ( )

9. 眼鏡・コンタクトレンズは所持されていますか？

- ・ いいえ
- ・ はい (眼鏡・老眼鏡・コンタクトレンズ)

10. 以下に該当する方は○を付けて下さい。

- ・ 自動車を運転してきた
- ・ 妊娠中 ( )
- ・ 授乳中

11. 当院をお選び頂いた理由をお聞かせください。

- ・ 家の近くだから
- ・ 職場の近くだから
- ・ ホームページを見て
- ・ Yahoo!、Googleを見た
- ・ 2Fの歯科に通っている
- ・ 知人の紹介 ( )

☆ 保険証のコピーをとらせていただきますのでご了承ください。

☆ これらの情報は診療・治療などの医療行為のみに利用させていただきます。

☆ お名前をお呼びすることに問題がある方はお申し出ください。

にしはる眼科クリニック