

問診票 〈御来院された方へ〉 診療の参考にいたしますので、以下の項目にご記入ください。

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
名前		男女	住所〒			
			電話 ()	携帯 ()		

【1】 今日はどうされましたか？（御来院の目的、症状などを具体的に記入ください。）

- ①いつからですか？ () 頃から)
②どちらの眼ですか？ 両眼 右眼 左眼
③どうされましたか？ 例：目が赤い 目の痛み 検診など

【2】 コンタクトレンズをお使いですか？

いいえ / はい → 使い捨て(メーカー名:) ・ ソフト ・ ハード

【3】 今まで目の病気で治療をお受けになった事がありますか？

いいえ / はい → 白内障 ・ 緑内障 ・ 糖尿病網膜症 ・ その他 ()
手術 → 無 / 有 → いつ頃、どちらの病院でなさいましたか？
() 年 月 () 病院)

【4】 現在、眼科以外で治療中または以前かかった病気はありますか？

いいえ / はい → 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 脳疾患 ・ その他 ()
投薬 → 無 ・ 有 ()

【5】 以下のアレルギーはお持ちですか？

いいえ / はい → 花粉症 ・ アトピー ・ ぜんそく ・ 食べ物 ()

【6】 今までに使用して合わなかったり、アレルギーが生じた飲み薬や目薬等がありますか？

いいえ / はい → ()

【7】 (女性の方のみ) 現在、妊娠の可能性はありますか？

いいえ / はい → () カ月)

【8】 当院をどこでお知りになりましたか？

他医院からのご紹介 () ・ 知人のご紹介 ()
ホームページ ・ 駅広告

ご記入いただき、誠にありがとうございました。

あおぞら眼科クリニック