

《 問 診 票 》

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな		性 別	男・女	職 業	
氏 名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
住 所	〒	電 話	自 宅		
e-mail			携 帯		

1. 本日はどうなさいましたか？

○いつからですか？ _____ ○どちらの眼ですか？（ 右 眼 ・ 左 眼 ・ 両 眼 ）
 どのような症状ですか？当てはまる症状の□に✓をつけてください。特に気になる症状には○をしてください。

- かすむ 遠くが見づらい 近くが見づらい 部分的に見づらい
ゆがんで見える 涙がでる まぶしい まぶたのけいれん まぶたが腫れた 黒目が白い
何か入った ぶつけた 眼が痛い 眼がかわく 眼がつかれる ごろごろする
眼がかゆい 眼が赤い めやにが多い ごみのようなものが飛んで見える
ものが二重に見える 逆さまつ毛
眼鏡を作りたい コンタクトレンズを作りたい 眼底検査希望
学校・3歳時検診後、眼科受診指示 高血圧・糖尿病により、眼科受診指示
健康診断後、視神経乳頭陥凹拡大を指摘 健康診断後、その他(_____)
その他 具体的にお書きください(_____)

2. 今まで眼鏡やコンタクトレンズを使用していましたか？

- 何も使用していない 眼鏡を使用している(遠くを見る時に 新聞等を読む時に 遠近両用)
コンタクトレンズを使用している(ハード ソフト (1 day/2 week/その他)

3. 今までに目の病気にかかったことや治療・手術を受けたことはありますか？

- いいえ はい _____ 年 _____ 月頃 病名(_____)

4. 過去や現在かかっている病気はありますか？

- いいえ 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 喘息 アトピー リウマチ
その他(_____) ◆現在使用中の薬はありますか？ 薬剤名 _____

5. お薬のアレルギーはありますか？

- いいえ はい (薬剤名 _____)

6. 女性の方へ

妊娠していますか？ いいえ はい (妊娠 _____ ヶ月) 授乳中

7. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- 知人・家族の紹介 他院の紹介(_____) 東急池上線の看板
JRの看板 家が近い インターネット検索 職場・学校・保育園・幼稚園の紹介
コンタクト店の紹介 メガネ店の紹介 薬局の紹介 その他(_____)

8. 当院では保険情報を正確に入力するために保険証のコピーを取らせていただいております。

他の目的では使用いたしませんので、ご了承ください。

当院からの疾患予防情報の配信メールを希望しない方は右にチェックしてください。

