

問診票

お 名 前		性別	生年月日		年齢	
ふりがな			大 ・ 昭 平 ・ 令	年 月 日	満	才
		男・女	自宅電話			
			携帯電話			
住所						

- 1. 今日はどうしましたか ※充血がある方は受付にお声がけください**
右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 （ 年 月 日頃から）
視力低下 ・ かすみ(近く・遠く)・ 黒いものや糸くずが見える
痛み ・ かゆみ ・ 充血 ・ 目やに ・ ゴロゴロする ・ 涙 ・ 腫れ
けが ・ コンタクト作製 ・ その他()
- 2. メガネやコンタクトを使用している方はお答えください**
メガネ(遠く用 ・ 近く用 ・ 遠近両用) ・ コンタクト(ソフト ・ ハード)
- 3. 当院を知った理由をお聞かせください**
新聞 ・ 広告 ・ インターネット ・ 看板 ・ 口コミ ・ 紹介()
- 4. 今までに眼の病気・手術をしたことがありますか ある ・ ない**
ある場合 病名 () 病院名 ()
- 5. 今までに病気や、通院している病院はありますか ある ・ ない**
高血圧・糖尿病(HbA1c %)・心臓病・腎臓病・喘息・その他()
ある場合 病院名 ()
- 6. 薬や食べ物にアレルギーはありますか**
ある場合 () ・ ない
- 7. 本日運転をする予定はありますか ある ・ ない**
※眼底検査を受けられる場合 4 ～ 5 時間運転ができなくなります
- 8. 女性の方のみ**
現在妊娠されています はい ・ いいえ (現在 週)
授乳中ですか はい ・ いいえ (お子様 歳 ヶ月)
- 9. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか はい・いいえ**
当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします