

問診票

初めて来院された方へ

____年 ____月 ____日

当院では診察が迅速で正確に行われるように診察前に以下の質問に記入していただきます。

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
お名前		年 月 日生	・ 歳
ご住所	〒	性別	男・女
		お電話	
		ご職業	

1. どうされましたか？ (右眼 左眼 両眼)

- ・見えづらい ・かすむ ・痛い ・かゆい ・赤い ・かわく ・めやに
- ・ごろごろする ・まぶしい ・はれている ・黒いものが見える ・目が疲れる
- ・検診にて受診するよう言われた
- ・眼鏡(コンタクトレンズ)処方 (コンタクト装用: 1日装用時間____時間 週に____日間使用)
コンタクト使用暦____年(ハード ____年・ソフト ____年・使い捨て____年)
現在ご使用中のコンタクト名()

・その他症状()

2 いつごろからですか？ (症状のある方のみ)

()まえから

3. 今までに目の病気にかかったことはありますか？

いいえ ・ はい → どのような病気ですか？()
いつごろからですか？()

4. 血縁者に目の病気の方がいますか？

いいえ ・ はい → 1、緑内障 2、網膜剥離 3、糖尿病網膜症 4、その他()

5. パソコンを使用しますか？

いいえ ・ はい → 1日()時間くらい使用

6. アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい → 1、花粉症 2、ぜんそく 3、アトピー 4、その他()

7. 今までに薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか？

いいえ ・ はい → どのような薬ですか？()
どうなりましたか？ ()

8. 今までにかかった(現在かかっている)病気はありますか？

いいえ ・ はい → 1、高血圧 2、糖尿病 3、心臓病 4、腎臓病 5、その他()

9. 現在飲んでいる薬/さしている目薬はありますか？

いいえ ・ はい → どのような薬ですか？()

10. 女性の方にうかがいます

妊娠していますか？ いいえ はい()ヶ月 わからない
現在授乳中ですか？ いいえ はい

11. 当院のことは何でお知りになりましたか？

知人から()様) 看板 ホームページ 電話帳 薬局から

コンタクト店から 眼鏡店から 検索サイト

はしだ眼科クリニック