

<問診票>

ふりがな

名前 _____ 男・女 _____ 大／昭／平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

〒

住所 _____ 連絡先 _____ - _____ - _____

本日はこの問診票をもとに、必要な検査・診察をさせていただきます

気になることやご希望等、お話しして頂いたことも含めてこちらにもれないようお書き下さい

1、本日はどうされましたか？ 当てはまるものに○をおつけ下さい

いつ (_____) から [右眼／左眼／両眼] が
裸眼で[遠く／近く]が見づらい 目が赤い [目／まぶた]が痛い 健診で指摘を受けた
メガネで[遠く／近く]が見づらい 目ヤニが出る 何かが出来ている 糖尿病の検査希望
何かが飛んで見える 涙が出る 腫れている
かすむ かゆい 乾く

上記に当てはまらないものはこちらにお書き下さい

使い捨てソフトレンズ

使い捨てでないレンズ

◆コンタクトレンズ使用[なし／あり] →ありの場合種類は？ [1day／2week／1ヶ月]

[ハード／ソフト]

本日はそのコンタクトレンズをつけていますか？

はい／いいえ

2、使うとアレルギー症状が出る薬、あるいは使用禁止の薬はありますか？

いいえ／はい (はいの方は薬名もお書き下さい → _____)

3、今まで眼科を受診されたことはありますか？ → いいえ／はい (はいの方は下記もお書き下さい)

- いつ頃 (_____)
- どんな病気で 結膜炎 花粉症 ドライアイ 白内障 緑内障 網膜剥離 糖尿病網膜症 その他 (_____)
- 目の手術やレーザー治療をしたことがあれば具体的にお書き下さい
いつ頃 (_____) [右眼／左眼／両眼]の (_____)

4、現在治療中のご病気があれば、○をおつけ下さい

糖尿病→[食事療法／飲み薬服用／インスリン注射]中 血糖値 (_____ mg/dl) ヘモグロビンA1C (_____ %)
高血圧／喘息／アトピー／心臓の病気／胃の病気／肺の病気／アレルギー／その他 (_____)

5、(女性の方) 現在、妊娠または授乳をされていますか？ いいえ／はい → (妊娠／授乳) 中

6、当院にご来院されたきっかけをお教え下さい

- [①駅 ②ロータリー ③建物の入口 ④その他の場所]で看板を見た
- [ご家族／ご友人]が当院に通院している (_____) 様
- 検索[①パソコン ②スマートフォン ③携帯電話 ④その他 (_____)]
- 同じフロアの [内科／小児科／歯科／とっとの芽／区民活動センター]に通っている
- バスの放送を聞いて
- その他 (_____)

記入が終わりましたら
受付にお持ち下さい