

# <問診票>

ふりがな

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

〒

住所 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ -

## 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

### ◆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／使い捨てでないソフト／ハード ]

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、その他に気になる目の病気はありますか？

白内障 ・ 緑内障 ・ 加齢黄斑変性 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 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、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 → \_\_\_\_\_ )

## 5、現在治療中のご病気があれば、○をおつけ下さい

糖尿病／高血圧／喘息／アトピー／心臓の病気／肺の病気／アレルギー／その他 ( \_\_\_\_\_ )

↳ 血糖値 ( \_\_\_\_\_ mg/dℓ) ヘモグロビンA1C ( \_\_\_\_\_ %)

## 6、(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

## 7、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
- ①スマートフォンで検索 ②パソコンで検索
- 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