

# 問 診 票

フリガナ \_\_\_\_\_

<生年月日>

お名前 \_\_\_\_\_

男・女 ( 歳) 大・昭・平・令 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) - 携帯電話 ( ) -

## 1. 本日はどうされましたか？ (下記より選択下さい)

いつ頃 ( ) から ( 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ) が、  
・ものが見えにくい ・かすむ ・ものが二つに見える ・赤い ・めやにがでる ・痛い  
・こころろする ・かゆい ・疲れる ・腫れている ・かわく ・めいぼ (めばちこ)  
・涙が出る ・ぶつけた ・糸くずが飛んで見える ・ゴミが入った ・検診  
・その他 ( )

## 2. 眼科にかかれたことはありますか？ (はい・いいえ (はいの方は下記をご記入下さい))

病院名および病名 ( )  
眼科での手術歴 (いつ頃： ) 手術名： ( )  
現在使用中の眼科での目薬や内服薬 ( )

## 3. 現在、治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ (はいの方は下記をご記入下さい))

・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・脳疾患 ・肝臓病 ・腎臓病 ・膠原病  
・アトピー性皮膚炎 ・喘息 ・花粉症 その他 ( )  
上記治療中の病院名 ( )  
現在服用中のお薬名 ( )

## 4. 今までに薬や注射でアレルギーを起こしたことがありますか？

はい・いいえ お薬名 ( )

## 5. 眼鏡・コンタクト作成希望の方 のみご記入下さい

・眼鏡希望 (遠くが見にくい ・ 近くが見にくい ・ 両方見にくい)  
・コンタクト希望 (ハード ・ ソフト ・ 使い捨てソフト)

## 6. 現在使用中のコンタクトレンズがあれば下記にご記入下さい

(メーカー名： ) 種類： ) 使用年数： )

## 7. 初めて来院される方へ 当院をどのようにしてお知りになりましたか

・知り合いから (ご紹介者のお名前： )  
・近くを通りかかって ・ 駅看板をみて ・ インターネットを見て ・ その他 ( )

## 8. 本日は車かバイクの運転予定はありますか？ (はい・いいえ)

## 9. 女性の方のみ、現在授乳中あるいは妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ・不明)

## 10. マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ (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。

ご記入ありがとうございました。

