

やの眼科 問診票

★お手数ですがご記入をお願いいたします。

当院使用欄	ID
紹介状	なし・あり ()
来院形態	車・バイク・自転車・徒歩

フリガナ			ご職業		大正	年 月 日
お名前	様	男・女		生年月日	昭和	
					平成	
					令和	
					ご住所	〒 -
					携帯 - -	

どうされましたか？	どちらの目ですか？	両目	右目	左目	
	眼が赤い	目が痛い	目やにがでる		
	まぶたが痛い	まぶたが腫れる			
	涙がでる	目が乾く	コロコロする	目がかゆい	
	見えにくい	目がかすむ	ゆがんでみえる	黒いものが飛ぶ	
	眼鏡の相談	手術の相談			
	物が2つに見える	頭が痛い	その他 ()		
いつごろからですか？	今日から・	日前から・	週前から・	ヵ月前から・	年前から
コンタクトレンズを使用していますか？	いいえ・ソフトコンタクト 1日 2週間 ()、ハードコンタクト				
目の病気や手術をされたことがありますか？	ない・レーシック、白内障手術、二重まぶた手術、その他 ()				
現在治療中の病気はありますか？	ない・糖尿病、高血圧、高脂血症、喘息、心臓病、不整脈、脳梗塞 アトピー性皮膚炎、前立腺肥大症、腎臓病、その他 ()				
かかりつけの病院・医院はありますか？	ない・ある (病院：)				
使用中のお薬やサプリメントはありますか？	ない・ある (お薬：)				
今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？	ない・ある (原因：) 症状 (気分不良・じんま疹・ショック)				
女性の患者様へのご質問です。	現在、妊娠されていますか？	いいえ・妊娠 ()ヵ月・わからない			
	現在、授乳されていますか？	いいえ・はい			
当院を何でお知りになりましたか？	・知人、ご家族からのご紹介	・当クリニックモールの他科を受診している			
	・他院からのご紹介	・近所に (お住い / 通勤 / 通学) している			
	・インターネット検索	・看板をみて	・バス内のアナウンス		
	・郵便局の封筒でみて	・その他 ()			

★当院では治療内容や成績を学会等で個人情報が見えない形で利用させていただいております。

★申し訳ございませんが、当院ではコンタクトレンズ処方はありません。

○保険証・医療証・ を受け取りました。