

問診票

ふりがな

氏名 _____ 男・女 _____ 歳 生年月日 T・S・H _____ 年 月 日

〒 _____ 住所 _____

☎ (_____) _____ 携帯番号(_____) _____

◇今日はどうされましたか？

いつから(_____) 右・左・両 眼が

充血・かゆみ・めやに・コロコロ・痛い・かすみ・かわき・疲れ
飛蚊症・眼鏡を作りたい・コンタクト(ハード・ソフト)を作りたい・検診を受けたい
(具体的に： _____)

◇かゆみ等がある方でアレルギー検査を希望しますか？

(はい・相談したい・いいえ)

◇今までに眼の病気にかかったこと、手術したことはありますか？

いつ(_____) 病名(_____) 手術 有・無

◇下記に該当するものに○をつけてください

心臓病・不整脈・高血圧・糖尿病・気管支喘息・前立腺肥大・甲状腺疾患

その他の病気(_____) 女性の方のみ 妊娠中(_____ 月)・授乳中

◇内服薬の名前がわかれば書いてください

(名前： _____) お薬手帳 有・無

◇お薬で副作用が出たことはありますか？(はい・いいえ)

薬の名前 (_____)

◇今日は車を運転して来られましたか？(はい・いいえ)

◇当院をどのようにしてお知りになりましたか？

知人の紹介・駅の看板をみて・通りがかり・インターネットをみて・その他(_____)