

問診表

フリガナ		性別	男 ・ 女		
お名前					
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月	日	才
現住所	〒 _____				
電話番号	-	-	携帯電話	-	-

来院動機

- (a) 以前受診した事がある (b) 人から聞いた 紹介者 ()
(c) 家から近い (d) 会社から近い
(e) 看板 (f) インターネット
(g) チラシ (h) その他 ()

メガネ(なし・あり) コンタクト(なし・あり) 眼の疲れ(なし・あり)

眼精疲労治療希望 (なし・あり)

1. 本日はどのようなことで病院に来られましたか。

- (a) 具体的症状 ()
(b) コンタクト処方・定期検査

2. 悪い方の目はどちらですか。(a) 右 (b) 左 (c) 両方

3. 上記の症状はいつ頃からですか。

- (a) 本日 (b) 昨日 (c) 2~3日前 (d) ()週間前
(e) ()ヶ月前 (f) ()年前 (g) その他()

4. 目の病気にかかったり、目の手術を受けたことがありますか。

- (a) はい () (年 月)
(b) いいえ

5. 現在治療中の病気、または今までに治療した病気はありますか。

糖尿病・高血圧・肝臓病・腎臓病・心臓病(心筋梗塞・ペースメーカー)
脳梗塞・癌()・その他()

6. 常用している薬はありますか。

- (a) はい () (b) いいえ

7. アレルギーはありますか。

薬()
花粉()・アトピー・ぜんそく・鼻炎・結膜炎・その他()

※上記の情報は、眼科業務にのみの使用とし、取扱いは個人情報保護法に基づいて行います。