

問診票

ID: _____

令和 年 月 日

ナマエ
お名前

男・女 (歳)

大・昭・平・令 年 月 日生まれ

ご職業

郵便番号 〒 - ご住所:

電話番号 () - 携帯番号 () -

次の項目に○、もしくはご記入をお願いいたします。

1. 今日はどうされましたか？

いつ頃から【 】 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 が、
・見えにくい ・かゆい ・充血 ・目やに ・痛い ・乾く
・涙がでる ・コロコロする ・虫が飛んで見える ・眼鏡処方
・コンタクト希望 ・検診希望 ・その他 ()

2. メガネまたはコンタクトレンズを使用していますか？ (はい ・ いいえ)

いつ頃から【 】
メガネ 老眼鏡 ハードコンタクト 使い捨て《 1day ・ 1week ・ 2week ・ 1month 》
コンタクトの名前 () 度数 (右 左)

3. 今まで目の病気や手術をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

いつ頃【 】 病院名【 】
どのような病気(手術)【 】

4. 現在、目薬を使用していますか？ (はい ・ いいえ)

どのような目薬: 緑内障 白内障 ドライアイ 結膜炎 その他 ()
目薬の名前がわかればご記入ください【 】

5. 現在かかっている病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

糖尿病 高血圧 心臓病 喘息 てんかん アトピー
その他 ()

6. 現在、飲み薬は飲んでいますか？ (はい →お薬手帳を受付にご提示ください・ いいえ)

【はい→お薬手帳ない方はわかればお薬名・・】

7. 今まで薬でアレルギーはありましたか？ (はい ・ いいえ)

具体的にご記入ください。()

8. 女性の方で該当する方はご記入ください。(妊娠中 ・ 授乳中)

9. 車・バイク・自転車を運転して来院されましたか？ (はい ・ いいえ)

10. 当院のことは、どこでお知りになりましたか？

・近隣で見かけて ・駅の看板 ・知人の紹介 ・インターネット検索 ・ホームページ ・その他

11. マイナンバー情報(お薬や過去の受診、限度額)を提供を同意しますか？(はい・いいえ)