

# 問 診 票

受診目的 1.眼科 2.アレルギー 3.漢方 4.その他 診療明細書を希望する( )

|  |                       |
|--|-----------------------|
| フリガナ _____   | <生年月日>                |
| お名前 _____  | 男・女( 歳) 明・大・昭・平 年 月 日 |
| 〒 _____  |                       |
| ご住所 _____  |                       |
| 電話番号 ( ) _____                                     | 携帯電話番号 ( ) _____      |
| 本日は運転の予定はありますか？(はい・いいえ) 女性の方：授乳中・妊娠(あり( ヶ月)・なし・不明) |                       |

診療明細書には個人情報に記載されています。大切に保管して下さい。

## 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 (御紹介者のお名前： )
- ・ 近くを通りかかって
- ・ 看板を見て
- ・ インターネット
- ・ ホームページ
- ・ 雑誌
- ・ 電話帳
- ・ その他( )

## 【眼科用】

- 1、 本日はどうされましたか？(下記より選択下さい) 花粉症の方は下段へ御記入下さい。  
( 両眼・右眼・左眼 ) が、おおよそ 年 月 日頃より  
・ 見えにくい ・ 物が二つに見える ・ 赤い ・ めやにがでる ・ 痛い：部分 ( )  
・ ごろごろする ・ かゆい ・ 疲れる ・ 腫れている ・ 目の乾き ・ めばちこ(ものもらい)  
・ はじめてのコンタクトレンズ ・ 涙が出る ・ ぶつけた ・ 糸くずが飛んで見える(飛蚊症)  
・ 検診：病名( ) その他：具体的に御記入下さい( )
- 2、 眼科にかかられたことはありますか？  
はい・いいえ (はいの方は下記を御記入下さい)  
病院名及び病名 ( )  
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 (はいの方は下記を選択・御記入下さい)  
・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 脳疾患 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 膠原病(リウマチ)  
・ アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ 花粉 ・ その他( )  
上記治療中の医療機関名 ( )  
おわかりでしたら現在服用中のお薬 ( )
- 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、 めがね・コンタクト作成希望者のみ御記入下さい  
・ めがね希望 ( 遠用めがね・近用めがね・遠近めがね )  
・ コンタクト希望 ( ハード・ソフト・使い捨てソフト ) ・ 遠くが見にくい ・ 近くが見にくい ・ 両方見にくい
- 6、 現在使用中のコンタクトがあれば下記に御記入下さい  
( メーカー名： 種類： 使用年数： 約 )

## 【アレルギー・漢方・花粉症・高血圧・糖尿病などの方】

眼科以外の受診目的を記入して下さい

( )

御記入ありがとうございました。診察まで少々お待ち下さい。

問診票に記載されました内容は当院での診察に個人情報保護法に基づき利用いたします。