

午前中は 12 時に 又 午後は 18 時に診療が終了する様御協力をおねがい致します。

問 診 票

妊娠可能性女性のみお答え下さい

おかけになってご記入下さい

授乳中である ()

レーシック施工済 ()

妊娠の可能性ある ()

後発医薬品を希望する ()

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・令 年 月 日

〒 -

ご住所 市

携帯番号 () -

電話番号 () -

本日は運転の予定はありますか? (はい・いいえ)

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
- ・その他 ()

【眼科用】

眼科以外の病気の方は下段へ御記入下さい。

1、本日はどうされましたか? (下記より選択下さい)

(両目・右目・左目) が、おおよそ 年 月 日頃より

- ・他でのコンタクトレンズ購入
- ・コンタクトレンズ装用の相談
- ・当医院でコンタクトレンズ購入
- ・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
- ・目の渴き
- ・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 ()
- ・相談: 具体的に御記入下さい
- ・その他 ()

2、眼科にかか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)

- ・うつ病
- ・認知症
- ・自閉症
- ・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
- ・花粉症
- ・婦人病
- ・腎臓病 ()

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、今までに飲み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・コンタクトの作成希望の方のみ御記入下さい

- ・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・遠近両用コンタクト)
- ・具体的に御記入下さい ()

6、現在使用中のコンタクトレンズ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 ()

眼科以外の方は受診目的を記入して下さい

【アレルギー・花粉症・舌下免疫療法・漢方。プラセンタの注射・不眠症・高血圧・糖尿病などの方】

※ 御記入ありがとうございました。

問診票に記載された内容は当院での診療に個人情報保護法に基づき利用致します。