

問 診 表

はじめて来院された方へ

年 月 日

当院では受付・検査・診察・会計が迅速で正確に行われるように診察前に以下の質問事項にご記入いただいています。

症状経過などの詳しい問診は、診察室にて伺いますので、わかる範囲でご記入ください。

フリガナ			性別	・男性 ・女性
お名前				
ご住所	〒 _____			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
電話番号	(_____)-(_____)-(_____)	ご職業		

① どうされましたか？

◎ (右眼 / 左眼 / 両眼) が (・見えづらい ・かすむ ・痛い ・かゆい ・腫れている ・まぶしい / ・ゴロゴロする ・赤い ・乾く ・疲れる ・黒いものが見える ・めやに / ・その他 (_____))

◎ 眼鏡処方 ・希望しない ・希望する → (・初めて ・紛失 ・破損 ・調子が悪い / (・近方用 ・遠方用 ・遠近両用))

◎ コンタクト処方 ・希望しない ・希望する → コンタクト経験年数 (_____)年
(・初めて ・紛失 ・破損 ・調子が悪い / (・ハード系 ・ソフト系 ・使い捨て))

② いつごろからですか？ (症状のある方のみ)

(_____) 前から

③ 今まで目の病気にかかったことはありますか？

・いいえ ・はい → どのような病気ですか？ (_____)
いつからですか？ (_____)

④ パソコンは使いますか？

・いいえ ・はい → 一日 (_____) 時間くらい使用する

⑤ アレルギーはありますか？

・いいえ ・はい → ・花粉症 ・ぜんそく ・アトピー ・その他 (_____)

⑥ 今までのお薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか？

・いいえ ・はい → どのようなお薬でしたか？ (_____)

⑦ 今までにかかった(現在かかっている)病気はありますか？

・いいえ ・はい → ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・腎臓病 ・その他 (_____)

⑧ 現在、点眼または内服しているお薬はありますか？

・いいえ ・はい → どのようなお薬ですか？ (_____)

⑨ 女性の方に伺います。

妊娠していますか？ ・いいえ ・はい → (_____) ヶ月 ・分からない

現在授乳中ですか？ ・いいえ ・はい

⑩ 当院のことは何でお知りになりましたか？

(・知人(紹介) ・看板 ・ホームページ ・通りがかり ・チラシ ・バスアナウンス ・地図 / ・電話帳 ・広告 ・その他 (_____))