

問診票

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を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・令和	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
・涙がでる ・その他())

※いつ頃からですか？(ご症状のある方のみ) ()前から

◎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)

(混雑時はお時間がかかります、予めご了承ください) (・近方用 ・遠方用 ・遠近両用)

◎近視抑制治療 ・希望しない ・希望する→ (・オルソケラトロジー ・アトロピン ・経験 有・無)

(予約制になります)

◎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 ハード ソフト 使い捨て 相談)を希望

◎現在コンタクトレンズは装用していますか？ (はい いいえ)

②今までにかかった(現在かかっている)お身体の病気はありますか？
・いいえ ・はい→ ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・腎臓病 ・その他()

③今までに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目の手術を受けられたことはありますか？
・いいえ ・はい→ どちらの目ですか？()
どんな手術ですか？()
いつ頃ですか？()

⑤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

⑥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()

⑦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？()

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サプリメントにご興味はありますか？
・いいえ ・はい ・今使用中→ どのような種類ですか？()

⑩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

⑪当院のことは何でお知りになりましたか？

(・ホームページ ・ご家族、知人(紹介) ・ 駅看板 ・ 通りがかり ・ 病院紹介 ・ バスアナウンス
・電話帳 ・ 高槻院 ・ 梅田院 ・その他())