

問診票

フリガナ		男女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)
お名前				
ご住所	〒 -	電話	() -	
		携帯	- -	

おおつき眼科

当てはまる項目に○、または()にご記入をお願い致します。

コンタクトレンズ装用中(はい いいえ) 眼鏡使用中(はい いいえ)

1. どんな症状ですか？(右目・左目・両目)

見えにくい かすむ ぼやける 二重に見える ゆがんでみえる 痛い 腫れている
かゆい 充血している 目やにがでる 涙がでる ゴロゴロする 乾く まぶしい
黒い点が見える 糸くずの様なものが見える 疲れる めがねを作りたい
コンタクトレンズを作りたい(使用経験 あり なし) 眼鏡を作りたい(使用経験 あり なし)
その他()

2. 目の症状はいつ頃からですか？

()日前から、()週間前から、()ヶ月前から、()年前から
(急に・徐々に)

3. これまでに目の病気を指摘されたことはありますか？

特になし / あり(どのような病気ですか？)
(いつ頃ですか？)

4. これまでに目の手術を受けたことはありますか？(右目・左目・両目)

いいえ / はい(どのような手術ですか？)
(いつ頃ですか？)

5. 目以外の病気はありますか？

高血圧 糖尿病 喘息 不整脈 狭心症 心筋梗塞 リウマチ 膠原病 アトピー 脳梗塞 脳出血
前立腺肥大 甲状腺 その他()

6. 現在服用中のサプリメントがありますか？

いいえ / はい()

7. 今までに注射や薬、食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

ない / ある()

8. 女性の方のみ、お答えください。現在妊娠中(妊娠の可能性ある)、あるいは授乳中ですか？

いいえ / はい [妊娠()カ月 妊娠の可能性 授乳中]

9. 当クリニックを受診されたきっかけを、さしつかえなければお教えてください。

紹介[様(病院)から] コマツ眼科様 音羽病院様 ホームページを見て 駅の看板を見て
通りがかり 近いから その他()

10. どんな交通手段で来院されましたか？

自動車 バイク 自転車 徒歩 バス 地下鉄

以上になります。ご記入ありがとうございました。これは院内資料としてのみ使用しますのでご安心ください。