

問 診 票

年 月 日

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

わかる範囲で該当する箇所に○印（複数可）または記入をお願いいたします。

1. 具合の悪いのはどちらの眼でしょうか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼
2. 具体的には眼はどのような症状でしょうか？
よく見えない かすむ ぼやける 二重に見える ゆがんで見える 痛い はれている
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 乾いた感じ まぶしい
黒い点が見える 糸くず様のものが見える 疲れる メガネ処方 コンタクトレンズ処方
その他 ()
3. 眼の症状はいつ頃からですか？
() 日前から () 週前から () ヶ月前から
4. 本日コンタクトレンズを装用していますか？
していない ・ している (ハード・ソフト1day ・ ソフト2week ・ その他)
5. 今まで眼の病気を指摘されたことはありますか？
いいえ ・ はい (白内障 ・ 緑内障 (疑いも含む) ・ 網膜剥離 ・ 網膜裂孔 ・ 斜視)
その他 ()
6. 今までに眼の手術を受けたことがありますか？
いいえ ・ はい (白内障 ・ 緑内障 ・ 網膜剥離 ・ レーシック ・ レーザー ・)
いつ頃ですか？ () どちらの眼科ですか？ ()
7. 今までアレルギー性疾患の既往はありますか？
特になし ・ あり (アトピー性皮膚炎・喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症・)
8. 今まで目薬、飲み薬、注射などで具合が悪くなったことはありましたか？
特になし ・ あり：具体的に薬名がわかりましたらお書き下さい ()
9. 今まで（現在）眼以外の病気にかかったことがありますか？
特になし ・ あり (糖尿病・高血圧・膠原病・)
10. 女性の方にうかがいます。
現在妊娠されていますか いいえ ・ はい (ヶ月) 可能性あり
現在授乳中ですか いいえ ・ はい
11. マイナンバーカードを健康保険証としてご利用の方は診療情報の取得に同意されますか？
はい ・ いいえ ・ 健康保険証で受診する
* 当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めます
12. 当院のことは何でお知りになりましたか？(複数回答可)
知人(紹介)・パソコン・スマートフォン・館内案内・チラシ・星ヶ丘駅構内看板・西山小学校交差点看板
メイトピア前看板・一社東2丁目看板・星が丘/西山学区の地図・通りがかり・その他 ()