

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 平成 令和	年 月 日 (歳)
住所	〒 -	携帯電話 (固定電話)	() ()	
		ご職業		

わかる範囲で該当する箇所には○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. 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 ゆがむ 疲れる 痛い はれている
かゆい 充血 目やに 涙が出る ゴロゴロする 目が乾く まぶしい 黒い点が見える
糸くず様のものが見える その他 ()

コンタクトレンズ検査希望 ☐ 当院ではコンタクトレンズ処方箋や処方箋のコピーを発行しておりません
(コンタクトレンズ検査希望の方は上記に同意頂けましたら☐内に✓をお願いいたします)

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

4. 本日コンタクトレンズを装用していますか？

装用していない ・ 装用している (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られ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 ・ 資格確認書で受診する

* 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・病院ナビのサイト・星ヶ丘駅構内看板・その他看板
館内案内・チラシ・通りがかり・その他 ()