

診療申し込み・問診票

年 月 日

フリガナ		生	大正		
お名前	様 男 ・ 女	年	昭和	年	月 日
ご住所	〒 -	月	平成	(歳)
お電話番号	(ご自宅) - - (携帯等) - -	日	令和		
		ご			
		職			
		業			

- 症状があるのは、どちらの目ですか？ 右目 左目 両目
- 症状が出たのは、いつ頃からですか？ _____ から
- 症状に印をお付けください。

<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 目やにが出る	<input type="checkbox"/> 目がかゆい
<input type="checkbox"/> 充血	<input type="checkbox"/> 目が痛い	<input type="checkbox"/> 目がゴロゴロする
<input type="checkbox"/> 目の中に何かが飛んでいる	<input type="checkbox"/> まぶたが腫れている	<input type="checkbox"/> メガネを作りたい
<input type="checkbox"/> コンタクトレンズを作りたい	<input type="checkbox"/> 検診、人間ドックの結果受診をすすめられた	
<input type="checkbox"/> 他院からの紹介 (紹介状あり・なし) (その他) _____		
- 今までに眼科にかかれたことはありますか？ ある ない
(病院名・症状) _____
- ☆目の手術やレーザー治療を受けたことはありますか？ ある ない
(いつ頃) _____ (手術内容) _____ (病院名) _____
- 現在、通院中の病院はありますか？ ある ない

<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 心臓疾患
<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大 (男性のみ)
(その他) _____			
- 現在服用、使用している薬はありますか？ ある ない
(薬剤名) _____
- 薬、食べ物などでアレルギーなど異常があったことはありますか？ ある ない
(薬、食べ物の名前) _____
- 本日、コンタクトレンズを装用していますか？ はい いいえ
- 車 (自分の運転) で来ましたか？ はい いいえ
- 【女性の方のみご記入ください】妊娠、授乳中ですか？

<input type="checkbox"/> 現在、妊娠している (カ月)	<input type="checkbox"/> 可能性あり	<input type="checkbox"/> 可能性なし	<input type="checkbox"/> 授乳中
-----------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------
- 当院を受診したきっかけは何ですか？

<input type="checkbox"/> インターネット	<input type="checkbox"/> 通りがかり	<input type="checkbox"/> 知人、家族の紹介	(その他) _____
----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	-------------