

問 診 票

ふりがな		ご職業		年齢	歳
氏名		生年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
住所	〒 — —				
電話番号	— —		携帯番号	— —	
① 本日の症状に○を付けて下さい。					
右眼・左眼・両眼		いつ頃から ()			
●痛い	●かゆい	●疲れる	●目やにが出る	●涙が出る	
●赤い	●かすむ	●ゆがむ	●見えづらい	●黒い点(物)が見える	
●乾く	●まぶしい	●ぶつけた	●ごろごろする	●腫れている	
●出血	●眼鏡を作りたい	●眼鏡が見えづらい	●二重に見える		
●その他 ()					
② 白内障等の手術をお考えですか? → (はい ・ いいえ)					
「はい」とお答えの方、先生の希望はありますか (ある → 先生)					
(ない)					
③ 当院来院についてご紹介の方がいらっしゃいますか? (いる ・ いない)					
④ 今までに眼の病気にかかったことはありますか? (ある ・ ない)					
あるとお答えの方 病名 ()					
⑤ 現在かかっている病気はありますか? (ある ・ ない)					
あるとお答えの方 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息					
<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 透析中					
<input type="checkbox"/> 乳がん(右・左) <input type="checkbox"/> その他 ()					
⑥ 服用しているお薬はありますか? (ある ・ ない)					
あるとお答えの方 薬剤名()					
※お薬手帳をご提示ください。					
⑦ 今までに薬や注射で具合が悪くなったことがありますか? (ある ・ ない)					
あるとお答えの方 薬剤名 ()					
⑧ アレルギー体質がありますか。 (ある ・ ない)					
⑨ 眼鏡、コンタクトレンズを装着されていますか? (はい ・ いいえ)					
「はい」とお答えの方 (眼鏡 ・ コンタクトレンズ)					
コンタクトレンズの種類 (ハード・ソフト / 1day・2week・1month / メーカー:)					
⑩ 本日はお車や自転車などご自分で運転して来院されましたか?(はい・いいえ)					
「はい」とお答えの方 (車・バイク・自転車・その他)					

ご記入ありがとうございました。記入後は受付までお願いします。 えにお眼科

◆正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。