問診票

ふりがな		ご職業		年齢	歳
氏名		生年 月日	昭・平・令 年　月　日	性別	男・女
住所	〒　　－				
電話番号	－　　－	携帯番号	－　　－		

① 本日の症状に〇を付けて下さい。

（ 右眼・左眼・両眼 ）　いつ頃から（　　）

・痛い　・赤い　・見えづらい　・かすむ
・かゆい　・腫れ　・眼鏡を作りたい　・ゆがむ
・目やに　・異物感　・黒い点（物）が見える　・二重にみえる
・涙目　・乾く　・まぶしい

・その他（　　）

② 白内障等の手術をお考えですか？　（ はい ・ いいえ ・ わからない ）

はいとお答えの方　先生の希望ある場合（　　先生）

③ 限度額情報の提供に同意しますか？（ はい ・ いいえ ）

※限度額とは…高額な医療費の支払いを抑えるために利用できる制度

④ 普段コンタクトレンズを使用していますか？　（ はい ・ いいえ ）

はいとお答えの方 本日コンタクトを装用して（ いる ・ いない ）

⑤ 今までに眼の病気にかかったことはありますか？　（ はい ・ いいえ ）

はいとお答えの方　病名（　　）

⑥ 現在かかっている病気はありますか？　（ はい ・ いいえ ）

はいとお答えの方　☐高血圧　☐糖尿病　☐心臓病　☐腎臓病　☐透析中
☐喘息　☐鼻炎　☐認知症　☐前立腺肥大
☐その他　（　　）

⑦ 服用しているお薬はありますか？（ はい ・ いいえ ）※お薬手帳をご提示ください。

はいとお答えの方　薬剤名(　　)

⑧ 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？（ はい ・いいえ ）

はいとお答えの方　薬剤名（　　）

⑨ アレルギー体質がありますか？　（ はい ・ いいえ ・ わからない ）

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。　えにわ眼科

◆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。