

# 問 診 票

記入日 \_\_\_\_\_

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

- ① 本日はいかがなさいましたか。  
 眼の主な症状に◎を、その他に気になるものがあれば☑をつけてください。  
痛い かゆい 赤い 乾く 疲れる 目やに 見えづらい かすむ  
黒い点が見える ごろごろする ゆがむ 腫れている 涙が出る  
眼鏡が見えづらい 二重に見える ぶつけた 出血している まぶしい  
その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 右眼・左眼・両眼      いつ頃から ( \_\_\_\_\_ )
- ② 今までに眼の病気にかかったことがありますか。 ( ある・ない )  
 あるとお答えの方 病名 ( \_\_\_\_\_ )
- ③ 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 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 高脂血症  
整形外科 喘息 鼻炎 睡眠時無呼吸症候群  
その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ④ 現在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 ( \_\_\_\_\_ )
- ⑤ 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 ( \_\_\_\_\_ )
- ⑥ アレルギー体質がありますか。 ( ある・ない )
- ⑦ サプリメントに興味をお持ちですか。 ( ある・ない )
- ⑧ 女性の方で、妊娠中または妊娠している可能性はありますか。 ( ある・ない )  
 あるとお答えの方 ( 可能性あり・妊娠中【 \_\_\_\_\_ ヶ月】・授乳中 )
- ⑨ 本日は眼鏡、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 )
- ⑪ 担当医のご希望はございますか？      加藤 ・ 八鍬 ・ 蒲池 ・ 希望なし
- ⑫ 当院をどのようにお知りになりましたか。あてはまるものに☑をつけてください。  
近所 職場が近い TV タウンページ 雑誌 駅構内の広告  
ホームページ 家族が通院(している・していた)( \_\_\_\_\_ 様)  
知り合いの紹介 ( \_\_\_\_\_ 様) その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご記入ありがとうございました。診察までしばらく待ち下さい。      札幌かとう眼科