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　☐胃・十二指腸潰瘍
☐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用されていますか。　（ はい・いいえ ）
はいとお答えの方　（ 眼鏡 ・ コンタクトレンズ ）
ｺﾝﾀｸﾄﾚﾝｽﾞの種類（ ﾊｰﾄﾞ・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 担当医のご希望があればご記入下さい。　（　　）

⑪ 当院をどのようにお知りになられましたか。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**