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。　（　はい・いいえ　）
はいとお答えの方　病名（　　）

③ 現在かかっている病気はありますか。　（　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　□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。　（　はい・いいえ　）
はいとお答えの方……お薬手帳はお持ちですか。　（　はい・いいえ　）
はいとお答えの方　※受付へご提示くださいますようお願いします※
いいえとお答えの方　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。　（　はい・いいえ　）
はいとお答えの方　　薬剤名（　　）

⑥ アレルギー体質がありますか。　（　はい・いいえ　）

⑦ サプリメントに興味をお持ちですか。　（　はい・いいえ　）

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。　（　はい・いいえ　）
はいとお答えの方　（　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 担当医の希望　→　加藤・八鍬・蒲池・高橋・吉本・石﨑・水島・松本・希望なし

⑫ 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　□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