

《問診票》

記入日 令和 年 月 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	— —		自宅番号	— —	

① 医師の指定 → 指定なし・加藤・八鍬・蒲池・高橋・吉本・石崎・松本・水島

※ご指定に添えない場合があります。

② 本日はいかがなさいましたか。 気になるものがあれば☑をつけてください。

☐かゆい ☐赤い ☐出血 ☐目やに ☐腫れている ☐ごろごろする ☐乾く ☐涙が出る

☐痛い(表面・目の奥) ☐疲れる ☐ぶつけた(経緯：)

☐見えづらい ☐かすむ ☐まぶしい ☐黒い点が見える ☐ゆがむ ☐二重に見える

☐眼鏡が見えづらい ☐糖尿病の眼底検診 ☐紹介状持参 ☐近視治療の相談

☐白内障手術の相談(多焦点レンズの希望：有・無) ☐その他 ()

右眼・左眼・両眼 いつ頃から ()

③ 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 ()

④ 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 ☐鼻炎

☐整形外科 ☐喘息 ☐呼吸器疾患 ☐睡眠時無呼吸症候群

☐その他 ()

⑤ 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いたします※

いいえとお答えの方 薬剤名 ()

⑥ 今までに薬や注射で副作用がで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 ()

⑦ アレルギー体質がありますか。 (はい・いいえ)

はいとお答えの方 ☐アトピー ☐じんま疹 ☐鼻炎 ☐花粉 ☐ダニ ☐ハウスダスト

☐アルコール綿 ☐その他()

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【 月 月】・授乳中)

⑨ 普段、コンタクトレンズを装用されますか。 (はい・いいえ)

はいとお答えの方 種類 (ハード・ソフト / 1day・2week・1month)

⑩ 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)

⑪ 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いたします。 札幌かとう眼科