

《 問診票 》

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】・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)

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 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。記入後は受付までお願いいたします。

札幌かとう眼科