

« 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 金属 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【 ケ月】・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 ( )