

《 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 ☐ 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【 ヶ月】・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