

« 間診票 »

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・宋

※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 腫れています 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 喘息
整形外科 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 煙草は吸いますか。 (電子タバコ・加熱式タバコ含む)

(吸う・吸わない・吸っていたがやめた) 吸うとお答えの方 (1 日 本)

⑨ 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)

⑩ 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)

⑪ 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)

⑫ 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)

⑬ 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 紹介(家族・知り合い)(様) その他 ()