

《 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・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 ☐ 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 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【 ヶ月】 ・ 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 ☐ 紹介(家族・知り合い)(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