




問 診 票

記入日 _____

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	_____	電話番号	_____	_____	_____

- ① 本日はいかがなさいましたか。
 眼の主な症状に◎を、その他に気になるものがあれば☑をつけてください。
痛い かゆい 赤い 乾く 疲れる 目やに 見えづらい かすむ
黒い点が見える ごろごろする ゆがむ 腫れている 涙が出る
眼鏡が見えづらい 二重に見える ぶつけた 出血している まぶしい
その他 (_____)
 右眼・左眼・両眼 いつ頃から (_____)
- ② 今までに眼の病気にかかったことがありますか。 (ある・ない)
 あるとお答えの方 病名 (_____)
- ③ 現在かかっている病気はありますか。 (ある・ない)
 あるとお答えの方 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 高脂血症
整形外科 喘息 鼻炎 睡眠時無呼吸症候群
その他 (_____)
- ④ 現在服用しているお薬はありますか。 (ある・ない)
 あるとお答えの方 薬剤名 (_____)
- ⑤ 今までに薬や注射で具合が悪くなったことがありますか。 (ある・ない)
 あるとお答えの方 薬剤名 (_____)
- ⑥ アレルギー体質がありますか。 (ある・ない)
- ⑦ サプリメントに興味をお持ちですか。 (ある・ない)
- 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。 (ある・ない)
 あるとお答えの方 (可能性あり・妊娠中【 _____ ヶ月】・授乳中)
- ⑨ 本日は眼鏡、コンタクトレンズを装着されていますか。 (はい・いいえ)
 はいとお答えの方 (眼鏡 ・ コンタクトレンズ)
 コンタクトレンズの種類 (ハード・ソフト / 1day・2week・1month / メーカー: _____)
- ⑩ 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)
- ⑪ 担当医のご希望はございますか？ 大谷・水島・高橋・加藤・希望なし
- 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 職場に近い TV タウンページ 雑誌 駅構内の広告
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。診察までしばらく待ち下さい。 新札幌おおたに眼科