# 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<br>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 金属アレルギーはありますか。　（ 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 ）
ｺﾝﾀｸﾄﾚﾝｽﾞの種類（ ﾊｰﾄﾞ・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られましたか。あてはまるものに☑をつけてください。
☐近所　☐職場が近い　☐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**

**◆正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力ください。**