

問診票

お手数ですが、ご記入願います。

(ふりがな)	お名前	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日
〒	ご住所	
電話番号		

1. このたびはどのようなことで来院されましたか？

- 1) 物が見えにくい 2) 目がかゆい 3) 目が赤い 4) 目やにができる 5) 目が痛い
6) 涙ができる 7) 目の検診 8) めがね・コンタクトレンズを作りたい 9) その他 ()

2. 上の症状はいつ頃からありますか、またどちらの目ですか？

(日前から、 ヲ月前から、 年前から) (右目 ・ 左目 ・ 両方)

3. 今までに目の病気をされたことがありますか？

(はい ・ いいえ) (病名:) (眼科名:)

4. 今までにかかったことのある病気がありますか？

(高血圧、糖尿病、心臓病、腎臓病、結核、喘息、その他)

5. 今現在、かかりつけの病、医院はありますか？

(はい ・ いいえ) (病医院名:)

6. 今現在、服用されているお薬はありますか？

(はい ・ いいえ) (お薬名:)

7. 今まで手術されたことはありますか？

(はい ・ いいえ) (いつ:) (病名:) (病医院名:)

8. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

(はい ・ いいえ)

9. 家族の中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？

(はい ・ いいえ) (病名:)

10. 女性の方のみ、お答えください。

現在、妊娠していますか？ (はい ・ いいえ)

11. 当院を何でお知りになりましたか？

紹介 () ・ チラシ ・ 看板広告 ・ タウンページ ・ ホームページ ・ 当院を直接見て

ありがとうございました。
まみ眼科クリニック