

# 問診票

お手数ですが、ご記入願います。

(ふりがな)					
お名前		様	男・女		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	
〒					
ご住所					
電話番号	( )		ご職業	( )	
今後当院からの案内等.送らせていただいても良いでしょうか?					はい ・ いいえ

1. このたびはどういう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) 目やにがでる      5) 目が痛い  
6) 涙がでる      7) 目の検診      8) 学校及びドッグ等の二次検診  
9) めがね・コンタクトレンズを作りたい      10) 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、      ヶ月前から、      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 )      (それは何ですか      )

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