

初めての患者様、久しぶりの受診の方は問診票のご記入をお願いします。

当院では異常を早く見つけるため、視力・眼圧の検査をさせていただいております。

記入日 年 月 日

<b>問 診 票</b> ※お薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい	
フリガナ	<b>※妊娠中・授乳中の方はお知らせください</b>
名前 _____	性別 <u>男・女</u> 年齢 _____ 歳
〒 _____	
住所 _____	
電話 _____	生年月日 _____ 西暦 _____ 年 月 日
携帯 _____	本日車を運転してきましたか？ (はい・いいえ)

1. 来院の理由を教えてください

◇どのような症状ですか？

- 痛い    乾く    赤い    目ヤニ    目が疲れる    かゆい  
まぶしい    なんとなく不快感がする    まぶたが腫れている    かすむ、よくみえない  
何か虫、ごみのようなものが見える    その他 ( )

日帰り手術希望または紹介

- 白内障    緑内障    眼瞼下垂・涙道狭窄    網膜硝子体    その他 ( )

網膜黄斑疾患で硝子体注射紹介    ぶどう膜炎紹介    眼鏡・コンタクト作成希望

◇いつからですか？ ( )

◇どちらの眼ですか？ ( 右眼 左眼 両眼 )

2. 今までに以下の眼の病気にかかった事があれば教えてください    なければ3.へ

- 緑内障    白内障    網膜剥離    糖尿病網膜症    眼底出血  
その他 ( )  
レーザー治療や手術を受けた事があれば詳しく記載下さい [ ]

3. 今までにかかったことのあるからだの病気があれば教えてください    なければ4.へ

- 糖尿病    高血圧    心臓病    腎臓病    肝臓病    膠原病  
その他 ( )

4. アレルギー性の疾患があれば教えてください    なければ5.へ

- 花粉症    ぜんそく    アトピー    その他 ( )

5. 現在使用中の薬はありますか？ (ある・ない) ※お薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい

- 点眼薬 ( )  
内服薬 ( )    インスリン注射

※ お薬のアレルギーはありますか？

- ある場合 種類・名称 ( )

6. 現在サプリメントを服用されていますか？ (はい、いいえ)

◇ 疾患の進行予防や治療をサポートするサプリメントの紹介を希望されますか？ (はい・いいえ)

7. 妊娠中や授乳中の方はお知らせください (妊娠可能性あり・妊娠中 ( 週)・授乳中)

8. 当院のことは何でお知りになりましたか？

- ご家族 ( )    知人の紹介 ( )    医院ホームページ  
他院からの紹介    看板    タウンページ    その他 ( )

ありがとうございました

大和ハナミズキ眼科