

問 診 票

ふりがな				性別	男・女
名前				年齢	才
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	職業
現住所	〒		電話	自宅	
mail				携帯	

————— 以下の項目のあてはまるものに○をつけてください。また()内に記入してください。 —————

1. どうなさいましたか？(複数にまたがる場合は、気になる順番に番号をおつけください。)

右目・左目・両目 (眼球 ・ まぶた ・ 目のまわり)

目やに・赤い・腫れた・痛い・ゴロゴロする・かゆい・乾く・涙が出る・疲れる・二重に見える(片目/両目)

まぶしい・ぼやける・黒いものが飛んで見える・ゴミが入った(入った物)

目に物があたった(あたった物:) 薬品が入った(入った物:)

視力検査・眼鏡を作りたい・眼圧検査・視野検査・眼底検査・精査希望

・転居のため、今まで他の施設で受けてきた治療、経過観察を継続したい

・学校検診、人間ドッグなどで精密検査を勧められた ・ 何となく調子が悪いので診てほしい

・緑内障が心配 ・ 飛蚊症、網膜剥離が心配 ・ 他院に通院中だが当院に転院したい

2. 症状はいつ頃からですか？

本日()時ころ・()日前から・()ヶ月前から・()年前から

また、その症状は現在 (悪化している・改善してきている・ほとんど変わらない)

3. アレルギーはありますか？ ある ・ ない 現在も症状がありますか？ ある ・ ない

あると答えた方 (花粉症・薬・注射・食べ物・その他)

どのような症状が出ましたか？(目のかゆみ・鼻水・鼻づまり・くしゃみ・皮膚病変・ショック状態)
薬、注射、食べ物、その他の場合、詳細をお書き下さい。()

花粉症の発症時期(春・夏・秋・冬) 内服薬の処方希望 (ある・ない) 点鼻薬の処方希望 (ある・ない)

4. 女性の方へ 妊娠してますか？ いない・いる (ヶ月) 授乳中ですか？ いいえ・はい

5. 今までに目の病気にかかったことがありますか？また、目の手術をしたことがありますか？

いいえ・はい (病名:) いつごろですか?:)

現在治療中 (病名:) 使っている薬:)

過去、又は現在通院中の眼科診療所、病院名 ()

6. 目以外の病気にかかったことがありますか？また体の手術をしたことがありますか？

いいえ・はい (**高血圧症**・動脈硬化症・喘息・**糖尿病**・甲状腺疾患・その他:)

最高/最低血圧(/) 血糖値()mg/dl HbA1c()% インスリン()

現在使用しているお薬()

御家族で目の病気にかかった人はいますか？(父・母・祖父母・兄弟) どんな病気ですか？()

7. 当院のことは何でお知りになりましたか？

知人(お名前:)・家族(お名前:)

医療機関からの紹介 (医療機関名:)・医療機関案内サービス ひまわり

看板 (JR駅ホームから見える看板(当ビル2階窓)・当ビル1階)・眼鏡店などからの紹介

タウンページ・当院のパンフレット

当院のホームページ(検索キーワード:)

クリアビジョンのホームページ(検索キーワード:)

