

問 診 票

以下に記入や○をしてください

ふりがな				性 別	男 ・ 女
名 前				年 齢 (必ず記入して下さい)	歳
生年月日	西暦	年	月	日	職業
現住所	〒		電 話	自宅	
E-mail				携帯	

1. どうなさいましたか？

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

まぶしい ・ ぼやける ・ 黒いものが飛んで見える ・ 異物や薬品などが入った(入った物は)

二重に見える(片目で / 両目で) ・ 目にあたった(あたった物は)

2. その他、当てはまることがあれば☑印を入れてください

☐ 健康診断、人間ドッグなどで精密検査を勧められたので診てほしい

☐ 何となく調子が悪いので診てほしい

☐ 眼鏡やコンタクトの相談をしたい

☐ 目の病気が心配(緑内障 ・ 白内障 ・ 飛蚊症、網膜剥離 ・ 他:)

☐ 他院に通院中だが当院にも相談をしたい

☐ 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

3. 症状はいつ頃からですか？

本日()時ころ ・ (日 ・ ヶ月 ・ 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)

4. 花粉症はありますか？ (はい ・ いいえ)

発症時期(春・夏・秋・冬) 症状(目や瞼の痒み・鼻水) 内服薬の希望 (あり ・ なし) 点鼻薬の希望 (あり ・ なし)

5. 薬、注射、食べ物などのアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

どんなものですか？(薬の名前:)(食べ物:)(その他:)

どのような症状が出ましたか？(皮膚病変 ・ ショック状態 ・ その他:)

6. 女性の方へ 妊娠中ですか？(はい⇒ ヶ月 ・ いいえ ・ 分からない) 授乳中ですか？(はい ・ いいえ)

7. 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？ (はい ・ いいえ)

(病名・手術名:)(いつごろ:)

(使用中の薬:)(過去や現在に通院中のクリニック・病院名:)

8. ご家族様(血縁)で目の病気にかかった人はいますか？(はい ・ いいえ)

どなたですか？(父・母・祖父・祖母・兄弟) どんな病気ですか？()

9. ご自身が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？(はい ・ いいえ)

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

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

(使用中の薬:)

10. ご来院のきっかけは何ですか？

知人・家族(お名前:) ・ 他の医療機関(名称:) ・ 医療機関案内サービス

眼鏡店・コンタクトレンズ店など(店名:) ・ 当院のパンフレット

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)

当院のホームページ(検索ワード:)

出版本 ・ You Tube ・ Instagram ・ テレビ ・ 新聞 ・ 雑誌 ・ その他()

