

診療申し込み・問診票

年 月 日

| | | | | |
|------|-----------|------------------|----------------------|-------|
| フリガナ | | 生 年 月 日 | 大正 昭和 平成 令和 | 年 月 日 |
| お名前 | 様 男 ・ 女 | | | 年 月 日 |
| ご住所 | 〒 — | ご 職 業 | | |
| 電話番号 | (ご自宅) — — | | (携帯) | — — |

1. 今日はどのような症状で来院されましたか？

右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

いつ頃から？ _____

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> みえにくい | <input type="checkbox"/> めやにがでる | <input type="checkbox"/> 目がかゆい | <input type="checkbox"/> 目が赤い | <input type="checkbox"/> 目が痛い |
| <input type="checkbox"/> 何か飛んでいるように見える | <input type="checkbox"/> ゆがんで見える | <input type="checkbox"/> 二重に見える (片目で・両目で) | | |
| <input type="checkbox"/> 眼鏡処方希望 | <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ処方希望 | <input type="checkbox"/> 検診・人間ドック | | |
| <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 (紹介状あり・なし) | | | | |

(その他) _____

2. 眼科を受診されたことはありますか？

ある ない

(病院名・病名) _____

3. 目の手術やレーザー治療を受けられたことはありますか？

ある ない

(いつ頃) _____ (手術内容) _____

4. 現在、通院中の病気はありますか？

ある ない

- | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 |
| <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 (男性の方のみ) | |

(その他) _____

5. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

ある ない

(薬・食べ物の名前) _____

6. 本日、車 (自分の運転) で来ましたか？

はい いいえ

7. 本日コンタクトレンズは使用されていますか？

はい いいえ

8. 妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？ (女性の方のみ)

はい いいえ

初めて来院される方へ

当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- お知り合い (ご家族・ご友人) からの紹介
- 看板を見て
- ホームページを見て
- そのほか (_____)



SAKURAGAOKA
EYE CLINIC