

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
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"/> 目が乾く | <input type="checkbox"/> 目が腫れた | <input type="checkbox"/> 涙がでる | | |
| <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) | <input type="checkbox"/> 転院希望 | | | |

(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. 現在使用中のお薬はありますか？

ある ない

(お薬の名前) _____

6. 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) _____

7. 本日、車 (自分の運転) で来ましたか？

はい いいえ

8. 普段コンタクトレンズは使用されていますか？

はい いいえ

(ハードコンタクトレンズ ソフトコンタクトレンズ 1day 2week その他)

本日使用されていますか？ (コンタクト使用されている方のみ)

はい いいえ

9. 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

10. マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？

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