

# 診療申し込み・問診票

年 月 日

フリガナ		生	大正	年	月	日
お名前	様 男 ・ 女	年	昭和	年	月	日
		月	平成			
		日	令和			
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. 現在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)

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