

お手数ですがご記入を
お願いします。

記入日 年 月 日

診療申し込み・問診票

ふりがな		生 年 月 日	明治		
お名前	様 男・女		大正	年 月 日	
ご住所	〒 ー 市	電話 番号	ご自宅	-	-
			携帯等	-	-

この度は、どういうことで 来院されましたか？	(右 ・ 左 ・ 両方) の (目・まぶた) が 日前から 週前から ヶ月前から 年前から 1) 痛い 2) かゆい 3) めやにがでる 4) 充血する 5) 涙がでる 6) 乾く 7) 見えにくい (近く・遠く) 8) かすむ 9) ゆがむ 10) 見えない部分がある 11) 疲れやすい 12) 健康診断 13) 他で眼科受診を勧められた 14) 健康診断で指摘された 15) セカンドオピニオン希望 16) 眼鏡を作りたい 17) その他 ()
今までに目の病気や手術を されたことがございますか？	ない ・ ある (時期 頃) (病名: 受診された眼科名)
現在治療中の病気や服用中の お薬はございますか？	ない ・ 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 喘息 前立腺肥大 その他 () 受診中の病院名 () 服用中の薬品名 ()
薬・食物・検査アレルギーを 起こしたことがございますか？	ない ・ ある (薬品・食物・検査名:)
コンタクトレンズを使用して いらっしゃいますか？	使用していない・ 使用している (ただいま装用中・今は未装用) (メーカー名:)
本日の通院手段はなんですか？	自家用車 (本人運転・同乗) ・その他 ()
当院をお知りになったきっかけ はなんですか？	ご紹介 () ・タウンページ・広告 () ・ インターネット(当院ホームページ・iタウンページ・メディカルページ) ・ 看板・通りすがり・その他 ()

以下は女性の方のみお答えください

現在、妊娠・授乳中でいらっしゃいますか？ (いいえ・はい (妊娠 ヶ月) ・授乳中)

ありがとうございました