

問診票

フリガナ				電話番号 (自宅)	()
お名前		男 ・ 女	電話番号 (携帯)	()	
			生年月日		
	明・大・昭・平 年 月 日				
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
勤務先				職種	

1) 今日はどうなさいましたか(いくつ選んでいただいてもかまいません)

(右眼 ・ 左眼 ・ 両眼) いつから ()

痛い ・ かゆい ・ めやにが出る ・ 乾く ・ 充血する かすむ ・ 見えにくい ・ 見えない部分がある ・ 黒いものが見える 疲れる ・ 涙が止まらない ・ メガネを作りたい その他 ()

◎ 付添の方がいらっしゃる場合、診察室と一緒にいられますか？ (はい ・ いいえ)

2) 今までに眼科にかかったことがありますか (ある ・ ない)

白内障 ・ 緑内障 ・ アレルギー ・ その他 ()

医療機関名 ()

いつ頃 ()

3) 現在かかっている病気(もしくは今までかかった大きな病気)はありますか

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 胃 / 十二指腸潰瘍 ・ 喘息 ・ 鼻炎

その他 ()

4) 現在、服用中の薬はありますか(お薬手帳等お持ちでしたら、職員にお見せ下さい)

ない ・ ある ()

5) いままで薬や注射で具合が悪くなったことがありますか

ない ・ ある ()

6) 普段コンタクトレンズを装着していますか (はい ・ いいえ)

・ 本日装着していますか (はい ・ いいえ) ・ コンタクト歴 (年)

・ ソフト ・ ハード (1day ・ 2week ・ 1month ・ その他)

・ わかる方はレンズ名 () 度数 (右眼 /) (左眼 /)

7) 現在妊娠している、またはその可能性はありますか (ない ・ ある) (ヶ月)

8) 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 ・ 職場の同僚) からの紹介
→ 差支えなければお名前、ご家族の方は続柄をご記入ください ()

・ ホームページを見て ・ 電話帳を見て ・ 看板を見て(御堂筋線天王寺駅・あべのハルカス)

・ 医院の前を通りかかった ・ その他 ()