

診療申し込み・問診票

記入日 年 月 日

ふりがな			生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦	年	月	日
お名前	様 男・女				(歳)
ご住所	〒	-	職業				
お電話	(ご自宅)	-	(携帯等)	-	-	-	-

院長 丸山の診察をお受けになったことはありますか？	いいえ・はい (東京医科大学病院・戸田中央総合病院・その他)
今回はどのような症状で来院なさいましたか？ 複数の症状がある場合、最も気になる症状に◎をしてください	(右眼 ・ 左眼 ・ 両眼) が 日前から 週前から か月前から 年前から 目ヤニ 充血 (目が赤い) 痛い かゆい 見えにくい ゆがむ 二重に (ダブって) 見える 黒いものが飛ぶ ゴロゴロする 疲れる 涙が出る 緑内障検査希望 白内障手術希望 学校検診 その他 () 眼鏡・コンタクトレンズを作りたい
現在、他の眼科を受診されていますか？	いいえ ・ はい 受診中の眼科名 () 処方されている薬剤名 ()
現在治療中の病気や服用中のお薬はありますか？	ない ・ 高血圧、糖尿病、脳梗塞、心臓病、喘息、前立腺肥大、その他 () ※受診中の病医院名 () 服用中の薬剤名 ()
薬・食物・検査でアレルギーを起こしたことがありますか？	ない ・ ある (薬品・食物・検査名:)
本日の通院手段を教えてくださいませんか？	自動車やオートバイ (自身で運転 ・ 同乗) ・ 自転車 ・ その他 (徒歩、電車、タクシー等)
本日、コンタクトレンズを装着していらっしゃいますか？	している ・ していない

女性の方のみ、お答えください。

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