

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)	-			

<p>今回はどのような症状で来院なさいましたか？</p> <p>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</p>	<p>(右眼 ・ 左眼 ・ 両眼) が</p> <p>日前から 週前から か月前から 年前から</p> <hr/> <p>目ヤニ 充血 (目が赤い) 痛い かゆい</p> <p>見えにくい ゆがむ 二重に (ダブって) 見える</p> <p>黒いものが飛び ゴロゴロする 疲れる 涙が出る</p> <p>緑内障検査希望 白内障手術希望 学校検診</p> <p>その他 ()</p> <p>眼鏡・コンタクトレンズを作りたい</p>
<p>現在、他の眼科を受診されていますか？</p>	<p>いいえ ・ はい 受診中の眼科名 ()</p> <p>処方されている薬剤名 ()</p>
<p>これまで、目の手術を受けたことはありますか？</p>	<p>いいえ ・ はい 手術の内容 ()</p>
<p>現在治療中の病気や服用中の薬はありますか？</p>	<p>ない ・ 高血圧、糖尿病、脳梗塞、心臓病、喘息、前立腺肥大、その他 ()</p> <p>※受診中の病医院名 ()</p> <p>服用中の薬剤名 ()</p>
<p>薬・食物・検査でアレルギーを起こしたことがありますか？</p>	<p>ない・ある (薬品・食物・検査名：)</p>
<p>本日の通院手段を教えてくださいませんか？</p>	<p>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)</p>
<p>本日、コンタクトレンズを装着していらっしゃいますか？</p>	<p>している ・ していない</p>

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 月) ・ 授乳中)