

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					
ご住所	〒 -	ご職業				
お電話	(ご自宅) - - (携帯等) - -					

マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけない場合は右の口に✓を入れて下さい

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 ゴロゴロする 見えにくい ゆがむ 二重に(ダブって)見える 疲れる 黒いものが飛び 涙が出る 緑内障検査希望 白内障手術希望 その他 () 眼鏡・コンタクトレンズを作りたい 学校検診
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 ()
これまで、目の手術を受けたことはありますか？	ない・白内障、緑内障、まぶた、レーシック その他 ()
現在治療中の病気や服用中の薬はありますか？	ない・高血圧、糖尿病、脳梗塞、心臓病、喘息、前立腺肥大、アトピー、その他 () ※受診中の病医院名 () 服用中の薬剤名 ()
最近1年間で健診(特定健診や高齢者健診)をお受けになりましたか？	はい・いいえ
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)

※ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています