

# 診療申し込み・問診票

ふりがな		生	大正	年	月	日
氏名	様 男 ・ 女	年	昭和			
		月	平成			
		日	令和		(	歳)
住所	〒 -	職				
		業				
電話	(自宅) - -	(携帯等)	-	-	-	-

熱っぽい 風邪のような症状がある	いいえ ・ はい	現在新型コロナウイルスの感染拡大防止のため 感染の可能性がある方は 診察をご遠慮いただいております。
2019年12月～ 海外へ 行く機会があった	いいえ ・ はい	
他に通院されていますか	いいえ ・ はい	

車やバイクを運転して 来院されましたか	いいえ ・ はい (ご自身の運転で来院された場合・瞳孔を広げる検査ができません)
------------------------	--

どのような症状で 来院なさいましたか	( 右 ・ 左 ・ 両 ) の ( 目 ・ まぶた ) が 日前から 週前から ヶ月前から 年前から 1) 目ヤニが出る 2) 目が赤い・充血している 3) 痛い 4) かゆい 5) 腫れている 6) 見えにくい 7) 歪んで見える 8) 二重に見える 9) 飛蚊症(黒いものが飛ぶ) 10) 光が走って見える 11) モノが入った 12) ゴロゴロする 13) 乾く 14) 疲れる 15) 涙がでる 16) 学校検診 17) 眼鏡を作りたい 18) その他 ( )
最も気になる症状には 必ず○をしてください	※目の状態により処方できない場合もございます 19) コンタクトレンズを作りたい ※コンタクト処方箋は発行しておりません ※後日取り寄せになるメーカー・製品がございます ご経験 (現在も装用中 ・ 以前装用していたが中止していた ・ 全く初めて) ご希望 (使い捨てソフト ・ ハード 製品名 ( )) 装用期間 (1週間に 日程度) 装用時間 (1日に 時間程度)

上記の症状で 他の眼科を受診中ですか	いいえ ・ はい (受診中の眼科名 : )
-----------------------	-----------------------

目の病気ににかかったことは ありますか	いいえ ・ はい (病名 : 時期 頃 )
------------------------	-----------------------

目の手術を受けたことはありますか (レーシック・美容整形を含む)	いいえ ・ はい (病名 : 時期 頃 )
-------------------------------------	-----------------------

現在治療中の病気や 服用中のお薬はありますか	ない ・ ある 高血圧・糖尿病・心臓病・脳梗塞・心臓病・てんかん 喘息・前立腺肥大・その他 ( ) ※受診中の病院 ( ) 服用中の薬品名 ( ) <u>※お薬手帳をお持ちでしたら・ご提示ください</u>
---------------------------	---

薬・食物・検査での アレルギーはありますか	ない ・ ある (薬品 ・ 食物 ・ 検査名 : )
--------------------------	----------------------------

アレルギー検査を希望しますか	いいえ ・ はい ( 8種類 ・ 39種類 ) ※詳細は受付へ
----------------	---------------------------------

本日・コンタクトレンズを装用していますか	( いいえ ・ はい )
----------------------	--------------

検査時や診察時に顔を裏返していいですか	( いいえ ・ はい )
---------------------	--------------

現在 妊娠・授乳中 ですか？	( いいえ ・ はい ( ヶ月) ・ 授乳中 )
----------------	--------------------------

すべて問診票に偽りなく 申告しましたか？	いいえ ・ はい
-------------------------	----------

受診するきっかけは何ですか？	①当院のDrにかかっていた ②知人の紹介 ③広告(看板) ④Web ⑤書籍 ⑥TV ⑦その他 ( )
----------------	---