

問診票（初診患者さん用）

Ver.1.1i

ふりがな

お名前 _____ 生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所 〒 _____ 電話番号 _____ - _____

携帯番号 _____ - _____

■診察を受けたい症状に○をつけてください。

その中で、最も困っている症状に◎をつけてください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 視力が下がった、見づらい | <input type="checkbox"/> 目が赤くなった、充血した |
| <input type="checkbox"/> かすんで見える、まぶしい | <input type="checkbox"/> 目がかゆい |
| <input type="checkbox"/> 真ん中がゆがんで見える | <input type="checkbox"/> 目やにが出る |
| <input type="checkbox"/> 糸くずのようなものが見える | <input type="checkbox"/> 目がゴロゴロする、異物感 表面が痛い |
| <input type="checkbox"/> 光が見える | <input type="checkbox"/> 涙が多い（室内 又は 風にあたると） |
| <input type="checkbox"/> 目が疲れる | <input type="checkbox"/> 目が乾く |
| <input type="checkbox"/> 目の奥が痛い | <input type="checkbox"/> まぶたがはれた |
| <input type="checkbox"/> ものが二重に見える | <input type="checkbox"/> 眼鏡を使用している |
| <input type="checkbox"/> メガネの相談 | <input type="checkbox"/> コンタクトを使用している |
| <input type="checkbox"/> コンタクトレンズの相談 | |
| <input type="checkbox"/> 白内障手術を受けたい～免許の更新が近い | |

■◎をつけた症状はいつからですか？

- 昨日・今日 1週間以内 1か月以内 それ以降

■◎をつけた症状はどちらの目ですか？

- 両方 右 左

■これまで他の眼科で行った治療、使用していたお薬があれば必ず教えてください。

※その他気になることがあればお書きください

散瞳可○ r 後日

■以下の病気はありますか？

- 高血圧 (病院名: _____)
- 糖尿病 HbA1c 値 _____ % 才から 内服 ・インスリン
- 心臓病
- 喘息
- アレルギー (何のアレルギーですか? _____)
- 例 ヨード・アルコール・ゴム・食物・薬

■女性の方のみお答えください。

- 妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中 該当しません

■当院を受診したきっかけはどれですか？(いくつでも可)

- 他の方の紹介 →差し支えなければどなたか教えてください。
- 医師の紹介 (_____)
- 近所で通りかかって 雑誌広告・記事
- 電話帳 医療冊子広告・記事 (ホームドクターなど)
- インターネット バス広告・アナウンス
- 院長の知り合い 看板広告