

# 問診票（初診患者さん用）

Ver.1.08

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
\* 郵便番号は出来る限りご記入お願い致します。 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"/> ICL の相談             |  |
| <input type="checkbox"/> メガネを作りたい            | <input type="checkbox"/> コンタクトを使用している        |
| <input type="checkbox"/> コンタクトレンズを作りたい       |  |
| <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

眼科治療歴

眼科手術歴

■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

\*興味のあるものにチェックをつけてください。

眼科クリニック限定サプリメント    次世代の近視矯正手術 ICL    30分で41種類わかるアレルギー検査

■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

\*ダイレクトメールの送信    希望する    どちらでもよい    希望しない