

診療申し込み ・ 問診票

ふりがな		生年月日	記入日 明 天 昭 平 令 年 月 日
お名前	様 男 ・ 女		(歳)
ご住所	〒 -	ご職業	
お電話	(ご自宅) - - (携帯) - -		

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供につとめております。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力をお願いいたします。

この度は、どのような症状で ご来院なさいましたか？	(_____ ・時間 ・日 ・週 ・月 ・年 ・ずっと ・いつの間にか) 前から (・右眼 ・左眼 ・両眼 ・右まぶた ・左まぶた ・両まぶた) に ◆目ヤニ ◆充血 ◆痛み ◆かゆみ ◆腫れ ◆乾き ◆涙が出る ◆ゴロゴロ感 ◆乾き ◆花粉症 ◆疲れ ◆見づらさ ◆ゆがんだ(曲がった)見え方 ◆飛蚊症 (何かが視界の中で動く) ◆緑内障 (の疑い) ◆健診結果() ◆白内障 (の疑い) ◆その他() ◆眼鏡をつくりたい (他の病気が無いか調べる必要があります時間と掛かりますので、 本日処方できない場合があります) ・現在当院ではコンタクトレンズの処方を行っていません。
上記の症状のことで、 他の眼科を受診中ですか？	いいえ ・ はい 眼科の名前() 処方されているお薬の名前 () 最後にいつ頃受診されましたか？ ()
コンタクトレンズの使用について	使い捨て (・1day ・2week ・1か月) ・使い捨てではないソフト ・ハード 本日装用中ですか？ (・いいえ ・はい) 度数をご存知であればご記入ください。(・右 ・左)
眼科手術(白内障、レーシック等) を受けたことがありますか？	いいえ ・ はい いつ頃ですか？ () お分かりになれば手術の種類 ()
現在治療中の病気や、 服用中のお薬はございますか？ (お薬手帳を確認させていただく 場合がありますのでご用意ください)	いいえ ・ はい ◆高血圧 ◆糖尿病 ◆心臓病 ◆腎臓病 ◆前立腺肥大 ◆ぜんそく ◆てんかん ◆その他() お分かりになれば病気の名前 ()
薬・食物・検査でアレルギーを 起こしたことがございますか？	いいえ ・ はい 薬品名・食物名・検査名()
※現在育児希望、妊娠、授乳中の女性の方は診察を受ける際、医師にお知らせください。処方する薬に影響する場合があります。	
ご来院いただいたきっかけは？	◆医師の紹介() ◆口コミ(ご紹介者 様) ◆ホームページを見て ◆通りがかり ◆その他()