

当院初めて・半年以上間が開いている方ご記入用紙

(フリガナ) お名前 (男・女)		ご職業
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日 (才)
ご住所 〒		電話番号 自宅 携帯電話

- ★【初めての方、症状にお変わりがある方】本日の目の症状について教えてください
いつ頃からですか？ ()頃から
どこに症状が出ていますか？ 右眼・左眼・両眼・まぶた(右上・右下・左上・左下)
どのような症状ですか？ (例 メヤニが出る、かすんで見える など)

()

- ★【定期検診希望の方】気になる症状はありますか？…なし・あり(上記に詳しくご記入ください)

※眼鏡処方箋の発行希望(あり・なし)、コンタクトレンズの購入希望(あり・なし)処方箋の発行は出来ません

- ★本日は何でお越しになりましたか？(当てはまるものに○をつけてください)

自分で車(バイク)を運転してきた ・ 付き添いの方が運転してきた
シャトルバス ・ タクシー ・ 電車またはバス ・ 自転車 ・ 徒歩

- ★身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳はお持ちですか？ …はい ・ いいえ

- ★眼鏡、コンタクトレンズを普段使っていますか？ …眼鏡・コンタクトレンズ・使用なし
└本日それらをお持ちになっていますか？ … はい ・ いいえ

- ★今までに目の病気をされたことがありますか？ … はい ・ いいえ

└病名 ()

眼科名 ()

その病気で入院・手術などをしましたか？ … はい ・ いいえ

- ★次のような病気をされたことがありますか？(当てはまるものに○をつけてください)

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 喘息 ・ 結核 ・ その他()

- ★かかりつけの病院はありますか？ … はい ・ いいえ

└病院名 ()

- ★他の病院から処方されている内服や目薬はありますか？ … はい ・ いいえ

- ★本日お薬手帳をお持ちになっていますか？ … はい ・ いいえ

- ★今までにアレルギー症状を起こしたことがありますか？ … はい ・ いいえ

薬剤名:()症状:()

- ★【女性の方へ】現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ … はい ・ いいえ

授乳中 ・ 妊娠中 →妊娠中の場合、現在()ヶ月

- ★【当院が初めての方へ】当院を何でお知りになりましたか？

家族が治療を受けた・友人、知人からの紹介・看板、案内を見た
当院のホームページを見た・その他()

ご記入ありがとうございました。

※当問診票の個人情報は当院における診療・治療目的でのみ使用致します。