

《 問 診 票 》 初 診 用

お手数ですが、ご記入願います。

記入日

年

月

日

ふりがな お名前	様	男・女	連絡先 電話番号	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日生 ()歳
ご住所	〒		ご職業	

1) 本日はどのような症状で受診されましたか？
右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ()年前、()か月前、()日前から
()

・ 紹介状 (あり・なし) ・ 健診で指摘された ・ 眼鏡処方希望
・ コンタクトレンズ処方希望 (はじめての装用・経験あり(ソフト・ハード))
・ 本日は、コンタクトレンズを装用していますか？
(はい(ソフト・ハード)・いいえ)

・ 見え方に問題
・ 見えにくい(遠く・近く)・色がはっきりしない
・ 二重に見える・見える範囲が狭い
・ 虫やゴミの様な物が見える・物がゆがんで見える

・ 眼の調子が悪い
・ 赤い・かゆみ・めやにが出る・痛い・異物感
・ まぶしい・物があたった・何かはいった・目が乾く

2) 今までに眼科にかかったことはありますか？ いいえ ・ はい

病名()

3) 今かかっている、もしくは今までにかかった目以外の病気はありますか？
いいえ ・ はい

・ 高血圧・糖尿病・心臓病・ぜんそく・腎臓病・脳梗塞・花粉症
・ アトピー性皮膚炎・その他()

4) 内服薬や点眼薬を使用していますか？ いいえ ・ はい

・ お薬手帳を見てほしい ・ (お薬名)

5) 薬、食べ物、ペット、花粉などにアレルギーがありますか？
いいえ ・ はい

・ 薬剤名・食品名() ・ その他()

6) 女性の方へお聞きします。現在妊娠中ですか？ いいえ ・ はい

7) ご来院の手段は？ ・ 徒歩・バス、電車、タクシー
・ ご自身で運転してきた・ご家族に送ってもらった・その他()

8) 当医院はどちらでお知りになりましたか？ ・ 知人・インターネット
・ 通りすがり・看板・他院からのご紹介・その他()

ご記入ありがとうございました。 西大和眼科クリニック