

診療申し込み・問診票

年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
お名前	様 男 ・ 女			(歳)	
ご住所	〒 -	ご 職 業			
お電話番号	(ご自宅) - -	(携帯等)	-	-	

1. 今日どのような症状で来院されましたか？

右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 いつ頃から？ _____

- 見えにくい 目やにが出る 目がかゆい 充血
目が痛い 目がゴロゴロする 何かが飛んでいるように見える
メガネ処方希望 検診 人間ドック 他院からの紹介 (紹介状あり・なし)
 (その他) _____

2. 眼科に受診されたことはありますか？ ある ない
 (病院名・症状) _____

3. 目の手術やレーザー治療を受けられたことはありますか？ ある ない
 (いつ頃) (手術内容) (病院名) _____

4. 現在、通院中の病院はありますか？ ある ない
糖尿病 高血圧症 高脂血症 高コレステロール血症 心臓疾患
喘息 花粉症 アトピー性皮膚炎 前立腺肥大 (男性のみ)
 (その他) _____

(服用、使用中の薬) _____

5. 薬、食べ物でアレルギーなど異常があったことはありますか？ ある ない
 (薬、食べ物の名前) (症状) _____

6. 本日、車 (自分の運転) で来ましたか？ はい いいえ

7. 【女性の方のみご記入ください】妊娠の可能性はありますか？
現在、妊娠している (月) 可能性あり 可能性なし

初めて来院される方へ

当院をどのようにしてお知りになりましたか。当てはまるものを○で囲んで下さい。

- ・お知り合い (ご家族、ご友人) からのご紹介
 (差し支えなければご紹介者のお名前: _____ さま)
- ・看板を見て ・電話帳を見て ・ホームページを見て
- ・その他 (_____)