診察申し込み・問診表

フリガナ				
おなまえ				
生年月日	明・大・昭・平	年　月　日(　歳)	性別	男　・　女
ご住所	〒　－　（必須）			
電話番号	-	-		
緊急連絡先（携帯電話番号等）	-	-		

①症状のあるのはどちらですか？　1）右眼　2）左眼　3）両眼

②症状がでたのはいつ頃からですか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿前から

③症状に〇印をお付けください。

1）見えにくい　2）目やに

3）充血　4）痛み

5）かゆみ　6）検診 （ 視力・眼底検査・学校検診 ）

眼鏡 コンタクトレンズについて	本日、コンタクトレンズを使用されていますか？（　いいえ・はい　）
	1）眼鏡希望　2）コンタクト希望（　ハード　・　ソフト　） 使い捨てソフト（ワンデー・２週間・１ヶ月）
	今までにコンタクトを使用したことがありますか？（　いいえ・はい　）
	◎ 眼鏡　・持っていない　・持っている（遠用・近用・遠近両用）

7）その他

④今まで目の病気やケガ・手術をしたことはありますか？　（　ない　・　ある　）

・白内障　・緑内障　・糖尿病網膜症　・網膜剥離　・その他（　　）

いつ頃：　病院名：

⑤現在、目以外の病気で通院・治療を受けていますか？　（　いいえ　・　はい　）

1）糖尿病（HbA1c　％・血糖　mg/dl　食後　時間　）

2）高血圧　薬（　ない　・　ある　）　薬の種類：

3）心臓病4）喘息　5）アレルギー　6）アトピー　7）花粉症　8）前立腺肥大　9）脳梗塞

10）その他

⑥現在、使用中のお薬はありますか？　（　ない　・　ある　）

薬の種類：

⑦今まで使った薬で具合の悪くなったことはありますか？　（　ない　・　ある　）

薬の種類：

⑧女性の場合・妊娠	いいえ　・　はい	⑨授乳中	いいえ　・　はい

当院をお知りになったきっかけは？
1）お知り合い、家族からの紹介　2）近所だから　3）インターネット　4）開院ちらし　5）看板

ご記入ありがとうございました。