## 診察申し込み・問診表

おなまえ									
生年月日	明・大・昭・平・	•	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?									
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 )								
	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 )								
眼鏡 コンタクトレンズ について	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	• 15	ţ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さ	いました								