

問 診 票

(フリガナ)

生年月日 : _____ 年 月 日

お名前 : _____ (歳) 男 ・ 女 ご職業 _____

ご住所 : 〒 _____

電話番号 : _____ () 携帯番号 : _____ ()

今日はどのような症状で来院なさいましたか？

本日コンタクトを装着していますか？
(はい ・ いいえ)

いつ (_____ から)、 (右 ・ 左 ・ 両眼) が
見えにくい ・ かゆい ・ 目ヤニが出る ・ 痛い ・ 赤い ・ 涙が出る ・ 目が乾く
黒い点や糸くずが見える (飛蚊症) ・ まぶたが腫れた ・ 目をぶつけた ・ ゆがんで見える
健診でひっかかった ・ その他 (_____)
眼鏡処方希望 (遠用 ・ 近用 ・ 遠近両用)
コンタクト処方希望 ご希望の方 → (使用経験 : あり ・ なし)
(1 day ・ 2 week ・ 1 month ・ それ以外のソフト / ハード)

今までに下記の病気で眼科を受診したことや、指摘されたことはありますか？

緑内障 ・ 視神経乳頭陥凹 ・ 白内障術後 ・ 網膜剥離/裂孔 ・ 斜視/弱視
円錐角膜 ・ レーシック後 ・ その他 (_____) ・ いいえ

現在治療中のご病気はありますか？

糖尿病 (HbA1c _____ %) ・ 高血圧 ・ ぜん息 ・ 心疾患 ・ 腎疾患 ・ アトピー
花粉症 ・ その他 (_____) ・ いいえ

今までアレルギーを起こしたことがありますか？

はい (薬品 ・ 食べ物 : _____) ・ いいえ

当院を何でお知りになりましたか？

鶴見大学病院からの継続 ・ 知人の紹介 ・ インターネット ・ 看板 ・ チラシ
以前この場所にかかっていた ・ その他 (_____)

【女性の方のみお答えください】

妊娠中ですか？ はい (_____ カ月) ・ いいえ

授乳中ですか？ はい ・ いいえ