

# 問診票

フリガナ				
おなまえ				
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	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)	- - - - -			
<p>1. どうされましたか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 が</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・めやにがでる</li><li>・かゆい</li><li>・目がかわく</li><li>・眼鏡希望</li><li>・学校検診からの受診</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>・見えにくい</li><li>・赤い</li><li>・痛い</li><li>・コンタクト希望 (初めて・変更)</li><li>・その他 ( )</li></ul> <p>2. いつ頃からですか？ _____ より</p> <p>3. 今まで眼科にかかれたことはありますか？</p> <p>はい 【白内障・緑内障・糖尿病網膜症・レーシック・ ( )】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・コンタクトレンズ作成→今現在装用中 (はい・いいえ)</li></ul> <p>(ハード・ソフト1day・ソフト2week)</p> <p>いいえ</p> <p>4. 現在、治療中の病気はありますか？</p> <p>はい 【糖尿病・高血圧・高脂血症・心臓病・腎臓病・ぜんそく】</p> <p>その他の病気 ( )</p> <p>いいえ</p> <p>※現在、お薬を服用されていますか？ (はい・いいえ)</p> <p>※本日、お薬手帳をお持ちですか？ (はい・いいえ)</p> <p>5. 薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？</p> <p>はい 【 _____ ]</p> <p>いいえ</p> <p>6. 現在、妊娠・授乳はされていますか？ (女性の方のみ)</p> <p>はい ・ いいえ</p> <p>7. どのようにして当院をお知りになりましたか？</p> <p>1. 知人・ご家族の紹介 2. かかりつけ医師の紹介 3. ホムパージュを見て</p> <p>4. 電話帳(100パージュ)を見て 5. 看板を見て 6. バスでの広告 7. その他 ( )</p> <p>●診察前に通常、視力検査・眼圧検査を致しますので、ご了承下さい。</p>				