

問診表

フリガナ:	性別: (男・女)
お名前:	生年月日: (大・昭・平・令) 年 月 日 才
〒()-() ご住所:	自宅: ()— — 携帯: ()— —

1. 本日の受診理由について該当するものに○印をつけてください

よく見えない かすむ ぼやける まぶしい 二重に見える ゆがんで見える
黒い点が見える 糸くずの様なもの見える 痛い 腫れている 疲れる 乾いた感じ
かゆい 充血している 目やにがでる 涙がでる ゴロゴロする 出血している
メガネ処方 コンタクトレンズ処方 学校検診 労災 その他()

2. どちらの眼ですか？ 右眼 左眼 両眼

3. 眼の症状はいつからですか？

()日前から ()週間前から ()カ月前から

4. 今までに眼の手術を受けたことはありますか？

ない・ある→緑内障 白内障 網膜剥離 レーシック その他()

5. 現在治療中の病気や、今までにかかったことのある病気はありますか？

ない・ある→糖尿病 高血圧 心疾患 喘息 肝臓病 脳梗塞 リウマチ
その他()

6. これまでに薬や注射・食品等でアレルギーを起こしたことはありますか？

ない・ある(具体的に)

7. 現在妊娠中 または 授乳中である (女性のみ)

妊娠(はい・いいえ) 授乳(はい・いいえ)

9. 現在処方されている薬はありますか？

ない・ある(薬剤名)

10. お薬手帳をもっていますか？

ない・ある・持ってきていない

※薬剤選定療養の為、当院では後発薬(ジェネリック)のある薬については、

先発薬を採用していません。先発薬のみを希望される方は検査・診察前に受付へお伝え下さい

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。