

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)本日来られた目的について該当するものがあれば☑をつけてください

- 検査希望(視力 ・ 眼圧 ・ 眼底 ・ 視野など)
- 学校検診
- コンタクトレンズ作成 ・ 検査
- メガネ合わせ【遠用 ・ 近用 ・ 遠近両用】
- その他症状がある

どちらの目でしょうか? 右眼 左眼 両眼

具体的に、いつ頃からどのような症状がありますか?

(2)本日はご自身で運転して来られましたか?

はい (車 ・ バイク ・ 自転車) ・ いいえ

(3)ご家族や周囲の方に同様の症状の方はおられますか?

ない ・ ある ()

(4)これまでに目の病気で治療や手術を受けられたことはありますか?

ない ・ ある ()

(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 (該当するものに○をつけてください)

糖尿病 高血圧 心疾患 (心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 不整脈など)

喘息 アレルギー アトピー 肝臓病 腎臓病 脳梗塞

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)

(8) 現在処方されている薬はありますか？

お薬手帳を持参の方は記入不要です。受付へ提出してください

ない ・ ある (薬剤名)

(9) この 1 年間で特定健診または高齢者健診を受診されたことがありますか？

ない ・ ある (具体的に)

(10) その他 お伝えしたいことなどがございましたら記入してください

--

- 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