

スキャン済み

診療申込書・問診票

記入日: 年 月 日

フリガナ 氏名		生年 月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日(歳)
住所	〒 -	職業	
電話	(自宅) - - (携帯) - -		

※ 診察の参考にしますので、当てはまるところに チェック または マル をつけてください。

① ご予約はありますか？	【 はい (WEB ・その他) ・ いいえ 】
② 紹介状(または紹介)はありますか？	【 はい ・ いいえ 】…以下は『はい』の方にお聞きします。 ⇒ <input type="checkbox"/> メディカルセンター(加藤先生 ・ 持丸先生) <input type="checkbox"/> その他
③ 症状はいつからですか？	【いつ: ~)】 <input type="checkbox"/> 右目 <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 両目 <input type="checkbox"/> わからない
④ どのような症状ですか？ ※当てはまる症状に <input checked="" type="checkbox"/> チェックまたは <input type="radio"/> マルをつけてください。 ※複数つけても構いません。	<input type="checkbox"/> メヤニが出る <input type="checkbox"/> 目が赤い <input type="checkbox"/> 充血 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 痒み <input type="checkbox"/> 乾く <input type="checkbox"/> 疲れる <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> ゴロゴロする <input type="checkbox"/> モノが入った <input type="checkbox"/> 歪んで見える <input type="checkbox"/> 二重に見える <input type="checkbox"/> 黒いものが飛ぶ <input type="checkbox"/> 視野が欠ける <input type="checkbox"/> 光が走って見える <input type="checkbox"/> かすむ <input type="checkbox"/> 人間ドック・健康診断での指摘 <input type="checkbox"/> 学校検診での指摘 <input type="checkbox"/> 眼鏡を作りたい ⇒ 現在眼鏡は使われていますか？【はい ・ いいえ】 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズを作りたい ⇒ 使用は初めてですか？【はい ・ いいえ】 ※目の状態により処方できない場合がございます。 ※コンタクトレンズ処方箋は発行しておりません。 ※ご自宅への宅配もしくは後日取り寄せ販売となります。
⑤ 今まで目の病気にかかったことはありますか？	【はい ・ いいえ】 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症 <input type="checkbox"/> 飛蚊症 <input type="checkbox"/> 加齢黄斑変性 <input type="checkbox"/> 眼底出血 <input type="checkbox"/> ドライアイ <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> その他()
☆今まで目の手術等を受けられた方にお聞きします。	⇒いつ【 】どこで【 】 ⇒どのような手術？【 】
⑥ 現在までにお薬・食べ物・その他のアレルギーはありますか？	【はい ・ いいえ】 ⇒『はい』の方はわかる範囲でご記入ください。 ()
⑦ 現在または過去に治療中の の 身体の病気はありますか？ ※ない場合は、ないに○をつけてください。	<u>高血圧</u> 【あり・なし】⇒内服【あり・なし】(普段の血圧 /) <u>糖尿病</u> 【あり・なし】⇒内服【あり・なし】(歳頃~) インスリン【使用中・使用なし】(HbA1c %) <u>心臓病 ・ 不整脈</u> 【あり・なし】⇒内服【あり・なし】(病名) <u>脳梗塞 ・ 脳出血</u> 【あり・なし】⇒内服【あり・なし】 <u>喘息(小児喘息)</u> 【あり・なし】⇒内服【あり・なし】 <u>その他の病気</u> 【あり・なし】⇒(病名) 女性の方へ <u>妊娠・授乳</u> 【あり・なし】⇒現在妊娠 ヵ月・授乳中
⑧ 本日来院手段は何ですか？	車【ご自身の運転 あり・なし】バイク・自転車・徒歩・その他()
⑨ お薬手帳はありますか？	【ある ・ ない ・ 持ってきていない】
⑩ 健康診断は毎年受けていますか？	【はい ・ いいえ】