

スキャン済み

診療申込書・問診票

記入日: 年 月 日

フリガナ	-----	生年	大正 昭和 平成 令和
氏名	様 男・女	月日	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 **○マル** をつけてください。

1. 症状はいつから、どちらの目ですか？

(いつ:) 右目 ・ 左目 ・ 両目 ・ わからない

2. どのような症状ですか？

めやにが出る 赤い・充血 かゆい 腫れた 痛い ゴロゴロする 物が入った ぶつけた
涙が出る 乾く 疲れる
かすむ 歪む 視野が欠ける 黒いものが見える 二重に見える 光が走って見える
人間ドックまたは健康診断での指摘 学校検診での指摘 他院・知人からの紹介
眼鏡を作りたい コンタクトレンズを作りたい※当院での取り扱いレンズに限ります。医師の判断により処方見合わせる場合がございます。
その他

3. 普段眼鏡やコンタクトレンズを使用されていますか？また本日コンタクトレンズを装用されていますか？

眼鏡 ⇒ はい ・ いいえ
コンタクトレンズ ⇒ はい (ハード ・ 1day ・ 2week ・ カラーレンズ) ・ いいえ
本日コンタクトレンズを装用されていますか？ ⇒ はい ・ いいえ

4. 本日、ご自身での運転はありますか？(車、バイク、自転車など)

はい ・ いいえ

以下⑤～⑨に関し、初診の方は必ずご記入下さい。再診の方は、変更箇所がありましたらご記入お願い致します。

5. 現在お薬は使用されていますか？(目薬、飲み薬、塗り薬など)

はい ・ いいえ ⇒『はい』の場合はおくすり手帳を受付にご提出ください。

使用しているお薬を
ご記入ください

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』の場合はわかる範囲で下記にご記入ください。

()

7. 現在または過去に治療中のご病気はありますか？

高血圧 ・ 心臓病 ・ 不整脈 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 喘息 ・ 他()
糖尿病 いつから: 歳ごろから HbA1c % インスリン使用【あり・なし】

女性の方へ ※治療が必要な場合、お薬を処方する可能性がある為にお伺いしております。

⇒ 現在妊娠中ですか？【はい・いいえ】(妊娠 ヵ月) 授乳中ですか？【はい・いいえ】

8. いままで目の病気にかかったり、手術等を受けたりしたことはありますか？

はい ・ いいえ ⇒『はい』の場合はわかる範囲で下記にご記入ください。

()