

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 ◎ニジュウマル ・ チェック ・ ○マル をつけてください。

① 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
② どのような症状ですか？ 本日一番お困りの症状の <input type="checkbox"/> には◎(ニジュウマル) をおつけください。  複数つけても構いません。 他の当てはまる症状には <input checked="" type="checkbox"/> チェックをお願いします。	<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"/> その他  <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】 <small>※目の状態により処方できない場合がございます。 ※コンタクトレンズの処方箋は、当院で取り扱いのあるレンズに限り発行致します。 ※ご注文頂き後日取り寄せ販売もしくは購入箱数によってご自宅への配送ができます。</small>
③ 本日来院手段は何ですか？	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 車 ⇒ご自身での運転はありますか？【あり・なし】

以下、④～⑧ 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いたします。

④ 現在お薬は服用されてますか？	【 はい・いいえ 】 ⇒『はい』の方はわかる範囲で下記にご記入ください。 ( ) お薬手帳をご持参されている方は受付までご提出ください。
⑤ 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。 ( )
⑥ 現在または過去に治療中の身体の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 高血圧 ⇒ <input type="checkbox"/> 内服あり ( 普段の血圧 / ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 ⇒( 歳頃~ ) <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> インスリン使用中 (HbA1c %) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 不整脈 (病名 ) <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 喘息(小児喘息) <input type="checkbox"/> その他の病気 ⇒(病名 ) 女性の方へ <input type="checkbox"/> 妊娠 ⇒現在妊娠 カ月 <input type="checkbox"/> 授乳中
⑦ 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( )
⑧ 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？【 】