

問診票

初診日： 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正	年 月 日	
お名前	様 男・女		昭和		年齢 () 才
			平成		
			令和		
ご住所	〒 -	電話番号	ご自宅	() -	
			携帯	() -	
職業 ()					

どうされましたか？ (複数回答可)	<ul style="list-style-type: none"> ・痛い ・めやに ・かゆみ ・充血 ・涙がでる ・まぶしい ・まぶたがはれた ・何かできた 	<ul style="list-style-type: none"> ・目がかわく ・目に不快感がある ・目がつかれる ・ゴロゴロする ・何かはいった ・見にくい (近く 遠く 両方) ・かすむ ・二重に見える 	<ul style="list-style-type: none"> ・ぶつけた ・黒いものがみえる ・学校で用紙をもらった ・めがね処方希望 ・コンタクト処方希望 ・眼科検診希望 ・その他 () 			
どちらの目ですか？	右目	左目	両目 (右から 左から 同時に)			
いつごろからですか？	今日から	日前から	週間前から	ヵ月前から	年前から	
今までに目の病気をされたことがありますか？	ない	ある	<ul style="list-style-type: none"> ・ドライアイ ・アレルギー性結膜炎 ・緑内障 ・白内障 ・網膜剥離 ・外傷 ・角膜ヘルペス ・その他 () 			
今までに手術をうけたことはありますか？	ない	ある	眼科 (年前) 他科 (年前)			
現在かかっている病気はありますか？	ない	ある	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・こうげん病 ・ぜんそく ・アトピー ・花粉症 ・その他 () 			
現在使用のお薬やサプリメントはありますか？	ない	ある	お薬手帳を 持参している 持参していない 持参されていない場合、下記にご記入ください お薬名 () サプリメント名 ()			
今までに薬や食物でアレルギーを起こしたことがありますか？	ない	ある	お薬名 () 食物名 () 症状： 気分不良 発疹 ショック その他 ()			
ご家族やご親族で目の病気や全身的な病気をした方がいますか？	いない	いる	続柄 () 病名 ()			
めがねはお持ちですか？	ない	ある	遠用 近用 遠近両用			
コンタクトレンズはお持ちですか？	ない	ある	本日つけている 本日はつけていない 種類： ハード ソフト 使い捨て (1日 2週間 1ヵ月)			
本日、車・バイクの運転予定はありますか？	はい	いいえ				
女性の方へお伺いします	現在妊娠中ですか？	はい	妊娠 (週目)	いいえ	可能性あり	
	現在授乳中ですか？	はい	いいえ			
当院を何でお知りになりましたか？	家族	知人	看板	ホームページ	直接みて	他院から紹介

ご記入ありがとうございます。ご記入済みの問診票は受付までお持ち頂けますようお願いいたします。



くませ眼科
KUMASE EYE CLINIC