

問 診 票



ひょうたん山 水谷眼科

HYOUTANYAMA
MIZUTANI EYE CLINIC

ふりがな		生年月日	性別
		年 月 日 才	男 ・ 女
お名前		電 話 ()	-
		携帯電話	-
住所	〒		

※住所や電話番号の記入に関して、不都合のある方はお申し付けください。

1. 今日はどうされましたか？

2. どちらの目ですか？ (○で囲んでください。)
 右目 ・ 左目 ・ 両目

3. いつごろからですか？

4. 今まで目の病気にかかったことはありますか？
 ない ・ ある アレルギー性結膜炎(花粉症) / はやり目 / 緑内障 / 白内障
 網膜剥離 / 目のケガ / 角膜ヘルペス / その他()

5. 今までに手術を受けたことがありますか？
 ない ・ ある 眼科 / その他の科()

6. 現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？
 ない ・ ある 糖尿病 / 高血圧 / ぜんそく / 心臓の病気 / アトピー
 腎臓病 / その他()

7. 現在目薬や飲んでいるお薬はありますか？
 ない ・ ある ※おわかりになれば薬の名前を記入してください。
 薬の名前()

8. 薬や注射のアレルギーはありますか？
 ない ・ ある ()

9. メガネ、コンタクトレンズは使われていますか？
 いいえ ・ はい (メガネ / 老眼鏡 / コンタクトレンズ)

10. 以下に該当する方は○をつけてください。
 自動車を運転してきた / 妊娠中(週) / 授乳中

11. 当院を何でお知りになりましたか？
 当院を直接見て / 他院より紹介 / ホームページ(携帯・パソコン) / 看板広告
 タウンページ / 家族から / 友人知人から(様よりご紹介)
 その他()