

問 診 表

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平・令	性 別
		年	月	日
お名前	様	電 話 ()		男・女
		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つけ下さい。

- 今日はどうされましたか？
- どちらの目ですか？（○で囲んで下さい。）
右目 ・ 左目 ・ 両目
- いつごろからですか？
- 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（ ）
- 今までに手術を受けたことがありますか？
・ない ・ある（眼 科： 他科： ）
- 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 ・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（ ）
- 現在目薬や飲んでいるお薬、又サプリメントなどはありますか？
・ない ・目薬 ・飲み薬 ・サプリメント
名前（ ）
- 薬や注射のアレルギーはありますか？
・ない ・ある（ ）
- 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）
- 以下に該当する方は○をつけて下さい。
・自動車を運転してきた ・妊娠中（ 週） ・授乳中
- 本医院では食事では補えない目に必要な栄養をサプリメントで補うことも推奨しています。ご興味はございますか？
・興味がある ・話を聞いてみたい ・興味はない
- 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（ ）

当院は医療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。