

# 問診票

住所 (〒 - ) 都・県 区・市

連絡先 自宅( - - ) 携帯( - - )

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 様 男・女 生年月日 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 歳

1) 現在、眼について困っていることに○をつけて下さい。

右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

充血 ・ 目ヤニ ・ 痛い ・ 腫れ ・ かゆい ・ 見えにくい ・ 涙

他症状 ( \_\_\_\_\_ )

視力検査の希望 ( 有 ・ 無 )

2) 上の症状はいつから続いていますか？

3) 眼の病気にかかった事がありますか？(治療中も含む)

4) 眼の手術を受けた事がありますか？(レーシック・二重まぶたの手術を含む)

5) 他の病気にかかった事がありますか？(治療中も含む)

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ アトピー

他 ( \_\_\_\_\_ )

※お薬手帳をお持ちの場合は受付にお出してください。

6) 以下のお薬を服用していますか？

前立腺肥大の薬 はい ・ いいえ

抗凝固薬(血をサラサラにする薬) はい ・ いいえ

7) お薬に対して、アレルギーはありますか？

ない ・ ある(薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ )

8) その他

難聴: 有 ・ 無 妊娠: 有( 週目 ) ・ 無 ・ 授乳中

来院方法: 徒歩 ・ 自転車 ・ 車(運転) ・ 公共交通機関

たばこを吸いますか? はい ・ いいえ

本日コンタクトを装用していますか? はい(ソフト ・ ハード) ・ いいえ

9) 当院をどちら(紹介・媒体など)でお知りになりましたか？

家族の紹介 ・ 知人の紹介 ・ 他クリニックからの紹介 ・ 通りがかり

クリニック看板 ・ 駅看板(下井草 ・ 上石神井) ・ バス(車内放送 ・ つり広告)

当院HP ・ google ・ yahoo ・ ドクターズファイル ・ その他( \_\_\_\_\_ )

ご記入ありがとうございました。