

①

問 診 票

お手数ですが、ご記入願います。

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

1. 本日はどういうことで来院されましたか？
1)物が見えにくい 2)目がかゆい 3)目が赤い 4)目やにがでる 5)目が痛い 6)涙がでる
7)腫れ 8)飛蚊 9)目の検診 10)めがね・コンタクトレンズを作りたい 11)その他
2. 上の症状はいつ頃からありますか、またどちらの目ですか？
(日前から、 ヶ月前から、 年前から) (右目・左目・両方)
3. 今までに目の病気をされたことがありますか？
(はい・いいえ) (病名:)
4. 今までにかかったことのある病気がありますか？
(高血圧、糖尿病、心臓病、腎臓病、結核、喘息、その他、)
5. 睡眠時無呼吸症候群ではありませんか？
(はい・いいえ)
6. 今現在、かかりつけの病・医院はありますか？
(はい・いいえ) (病医院名:)
7. またそれはどのぐらいの間隔で通院されておりましたか？
(半年・1ヶ月 回程度)
8. 今までに手術されたことはありますか？
(はい・いいえ) (いつ: 病名: 病医院名:)
9. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？
(はい・いいえ)
10. 家族の中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？
(はい・いいえ) (病名:)
11. 女性の方のみお答えください
現在、妊娠していますか？ (はい・いいえ)
12. 当院をお知りになったきっかけは何ですか？
1)駅の広告を見て 2)電柱の表示を見て 3)タウンページを見て 4)地図の広告を見て
5)ホームページを見て 6)主治医の紹介 7)知人の紹介 8)通りすがり
9)家族が通院している 10)その他()

どうもありがとうございました。



岩下眼科

IWASHITA EYE CLINIC

シブヤク 111-794