

問診表

(ふりがな)

お名前 _____ 男・女

生年月日 大正・昭和・平成・令和・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)

ご住所 〒 _____

お電話番号(携帯) _____ (自宅) _____

保険証 マイナンバーカード ・ 資格確認書 ・ 無

マイナンバーカードの場合、診療情報取得に同意しますか？ はい(推奨します) ・ いいえ

1. 本日はどのような交通手段でいらっしゃいましたか？

車(ご自身で運転)・送迎・公共交通機関・自転車・徒歩・その他(_____)

2. このたびは、どういう症状で来院されましたか？

- ・ 紹介状がある ・ 学校検診、人間ドック、健診などで精密検査をすすめられた
- ・ 症状がある(以下にお答えください)

いつから(本日・昨日から _____ 日前から、 _____ 週間前から、 _____ ヶ月前から、 _____ 年前から)

どちらの目 (右 ・ 左 ・ 両)

症状は 1)ものが見えにくい 2)目がかゆい 3)目が赤い 4)目やにが出る 5)涙が出る

6)目が痛い(ゴロゴロ、シクシク、ヒリヒリ、目の奥) 7)目が乾く

8)(上 ・ 下)まぶたが痛い、腫れた、かゆい 9)まぶしい 10)黒いものが見える

12)眼鏡を作りたい 13)コンタクトレンズを作りたい

14)その他(_____)

3. 今現在、通院している【眼科】はありますか？

はい ・ いいえ (病院名: _____)

4. 今までに目の手術(美容整形、埋没法等まぶたの手術を含む)をされたことはありますか？

はい ・ いいえ (いつ: _____ 病名: _____)

5. 今までにかかったことのある目以外の病気はありますか？

はい ・ いいえ

(高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 結核 ・ 喘息 ・ その他 _____)

6. 今までに、薬、注射や食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか？

はい ・ いいえ (何で: _____ 症状: _____)

7. 女性の方にお伺いします

【 現在妊娠中 】 はい ・ いいえ 【 授乳中 】 はい ・ いいえ