

問診票

(ふりがな)

お名前 男・女 年齢 歳

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

〒 - 携帯電話

ご住所 電話番号

マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ (はい ・ いいえ ・ 持っていない)

1. このたびはどのようなことで来院されましたか？

- 1)かすんで見える 2)物がゆがんで見える 3)目が痛い 4)目が赤い 5)目がかゆい
6)目やにがでる 7)涙がでる 8)目が疲れる 9)メガネ・コンタクトレンズを作りたい
10)目の健診 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. 今日コンタクトレンズをいれていますか？ (はい ・ いいえ)

4. 今まで目の病気や手術をされたことはありますか？

(はい・いいえ) (いつ： 病名： 病医院名：)

5. 今までにかかったことのある病気はありますか？ (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. 今現在、服用されているお薬やサプリメントはありますか？

(はい・いいえ) (お薬、サプリメント名：)

※当院では、医療用アイケアサプリメントの取り扱いを行っています。ご関心はありますか？

(関心はある ・ 関心は無い ・ 自身の症状に関わるなら教えて欲しい)

8. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

(はい・いいえ) (原因)

9. 血のつながった方の中に目の病気をした方はいらっしゃいますか？

(はい・いいえ) (病名：)

10. 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)

11. その他、気になることがございましたらご記入ください。

()



医療法人 美櫻会

平本眼科クリニック