

診察申し込み・問診表

フリガナ			
おなまえ			
生年月日(ご年齢)	明・大・昭・平	年	月 日 歳
性別	男・女	女性の場合・妊娠中	あり・なし・不明
ご住所	〒 _____ (必須)		
電話番号	-	-	-
緊急連絡先 (携帯電話番号等)	-	-	-

症状	① 症状のあるのはどちらですか？	1) 右眼	2) 左眼	3) 両眼
	② 症状がでたのはいつ頃からですか？	_____前から		
	③ 症状に○印をお付けください。			
	1) 目が赤い	2) めやにがでる	3) ころころする	4) 目が痛い
	5) 目がかゆい	6) 目が疲れる	7) 目が腫れている	8) ドライアイ
	9) ものが見えにくい	10) 目がかすむ	11) めばちこ	
	12) 糸くずが飛んで見える	13) 涙が出る	14) 目の検診	
	15) 目にゴミが入った	16) 物が二つに見える	17) 目をぶつけた	
	その他の症状があれば 簡単にお書き下さい			
	④コンタクトレンズを普段装着されていますか？	1) はい	2) いいえ	
(はい)の方は、メーカー名、種類をご記入下さい。()				
⑤ 眼科にかかれたことはありますか？	1) 有	2) 無		
(有)の方は、どのような治療を受けましたか？ ()				
⑥ 現在治療中の病気はありますか？				
1) 糖尿病	2) 高血圧	3) 心臓病	4) 喘息	5) 肝臓病
6) 腎臓病	7) 膠原病			
その他の疾患 ()				
⑦ どちらの医院におかかりですか？	()			
⑧ 現在使用中のお薬はありますか？	1) 有	()	2) 無	
⑨ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？	1) 有	(原因	()	2) 無

眼鏡・コンタクト作成希望	(はい ・ いいえ)		
	はいと答えた方のみ以下の質問にお答え下さい		
	1) 眼鏡希望	2) コンタクト希望 (ハード・ソフト・使い捨てソフト)	
	1) 遠くが見にくい	2) 近くが見にくい	3) 両方見にくい

アンケート	
⑩ どのようにして当院をお知りになりましたか？	
1) 近所だから	2) 紹介されて
3) 通りがかり	4) ホームページを見て
5) 口伝	6) その他
7) 広告 (駅看板 バス放送 チラシ)	

ご記入ありがとうございました。

