

<問診票>

ひらがな
お名前

男・女

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日 (歳)

ご住所 〒

電話番号 自宅 — — 携帯 — —

- ①症状や来院の理由を3つまで選んでください。 (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)
- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 見えにくい (遠く・近く) | <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> 目やにがでる |
| <input type="checkbox"/> かすむ | <input type="checkbox"/> かゆい | <input type="checkbox"/> 異物が入った |
| <input type="checkbox"/> 疲れる (遠く・近く) | <input type="checkbox"/> 腫れ | <input type="checkbox"/> ぶつけた |
| <input type="checkbox"/> 目の中に何かが飛んでいる | <input type="checkbox"/> 赤い | <input type="checkbox"/> ごろごろする |
| <input type="checkbox"/> 物がゆがんで見える | <input type="checkbox"/> 涙っぽい | <input type="checkbox"/> 乾く |
| <input type="checkbox"/> 緑内障が心配 | <input type="checkbox"/> メガネ・コンタクトレンズを作りたい | |
| <input type="checkbox"/> 学校検診で、受診を勧められた | <input type="checkbox"/> 人間ドック等の結果、受診を勧められた | |
| <input type="checkbox"/> その他 (| |) |

②症状が出たのはいつからですか。 () から

③今まで眼の病気をしたことがありますか。

- ない ある ⇒ 病名 ()

④今まで下記の病気にかかったことがありますか。

- ない ある ⇒ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病
アレルギー性疾患 (花粉症 ・ 鼻炎 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎)

⑤今まで飲み薬・目薬・注射などで具合が悪くなったり、発疹が出たりしたことがありますか。

- ない ある ⇒ 薬品名 ()

⑥女性のみ 現在、妊娠または授乳中ですか。(妊娠の可能性を含む)

- いいえ はい (月)

⑦その他、医師に知らせておきたいことやご希望等がありましたらお書きください。

⑧当クリニックを何でお知りになりましたか。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 知人 (様) の紹介で | <input type="checkbox"/> 前を通過して |
| <input type="checkbox"/> 看板チラシで | <input type="checkbox"/> インターネットで |
| | (<input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> スマホ) |
| | <input type="checkbox"/> 電話帳で |

⑨当クリニックを選んでいただいた理由は何ですか。

- | | | |
|--------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 駅に近い | <input type="checkbox"/> 実績がありそう | <input type="checkbox"/> ウェブサイトがわかりやすい |
| <input type="checkbox"/> 評判が良い | <input type="checkbox"/> 近所 | |
| | (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先) | |

受付時のお手続きがスムーズになりますので、ご記入の上ご来院時に受付へご提示ください。