

問診票

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日		ご職業
お名前	様(男性・女性)	明治	年 月 日	
		大正		
		昭和		
		平成		
ご住所	(〒 —)	電話番号		
		ご自宅	—	—
		携帯	—	—

本日は どうされましたか？	両目(右から・左から・同時に) 右目 左目
	・赤い ・目やに ・コロコロする ・痛い ・できものがある ・疲れる ・かゆい ・涙が出る ・乾く ・見えにくい ・黒いものが飛ぶ ・眼鏡の相談 ・コンタクトの相談 ・目の検診 ・その他()
いつ頃からですか？	・今日から 日前から 週間前から ヶ月前から 年前から
目の病気やケガ 手術をされた事は？	ない ・ ある(病名: /いつ頃 右: 年 月/ 左: 年 月)
次のような病気を された事がありますか	ない ・ ある(病名: 糖尿病 高血圧 心臓病 ぜんそく 脳卒中 不整脈 腎臓病 アトピー性皮膚炎 花粉症 その他:)
使用中のお薬は？	ない ・ ある(薬品名:)
薬・食物アレルギー	ない ・ ある(原因: 症状:)
スギ・ダニアレルギー検査	希望する ・ 希望しない
女性の方に お伺いします。	妊娠の可能性は？ いいえ ・ はい ()ヶ月 ・ 不明 現在、授乳中ですか？ いいえ ・ はい
今日ほどの交通手段 で来られましたか？	・徒歩 ・自転車 ・バイク ・電車 ・バス ・自動車(運転/同乗) ・タクシー
当院を何でお知り になりましたか？	・知人、家族からの紹介(お名前) ・ホームページ ・通りがり ・近所にお住まい/通学/通勤) ・他院からの紹介(病院名) ・その他

コンタクトレンズに関する問診票

コンタクトレンズを使っておられましたか？	<input type="checkbox"/> 現在使用中 <input type="checkbox"/> 以前使っていた <input type="checkbox"/> 初めて
使用中のコンタクトレンズの種類や度数が分かればご記入ください (種類: 度数: 右 / 左)	
1日のコンタクトレンズ装用時間は？ (時間)	
使用頻度は？ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に ()回 <input type="checkbox"/> ()をする時のみ	
パソコンやスマホなどを使用されますか？ <input type="checkbox"/> 1日 ()時間 <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> 使用しない	

おおみち眼科

* ご記入ありがとうございました。お名前を呼ばれるまでしばらくお待ち下さい。