

問診票

令和 年 月 日
ぬのたに眼科

フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)
お名前	様 男・女			
ご住所	〒 -	電話番号	ご自宅	- -
			携帯	- -

① どのような症状で来院されましたか？

いつ頃から？ _____ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

- ・ 見えにくい ・ かすむ ・ 黒いものが飛ぶ ・ 物がゆがんで見える ・ 二重に見える
- ・ 赤い ・ 目やに ・ 痛い ・ かゆい ・ ゴロゴロする ・ できもの ・ まぶたの腫れ
- ・ 乾く ・ 疲れる ・ 涙が出る ・ その他()
- ・ メガネ処方希望 ・ コンタクトレンズ希望

② 眼の病気または手術をしたことがありますか？ はい ・ いいえ

(病名：) (いつ頃：)

③ 眼以外の病気はありますか？ はい ・ いいえ

- ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 不整脈 ・ 喘息 ・ 脳梗塞 ・ 前立腺肥大
- ・ 腎臓病 ・ アトピー性皮膚炎 ・ その他()

④ 現在使用中のお薬やサプリメントはございますか？ はい ・ いいえ

(薬の名前：) ※お薬手帳をお持ちの方はご提出ください

⑤ 眼と体に良いサプリメントの紹介を受けたいですか？ はい ・ いいえ

⑥ 今まで薬や注射、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：)

⑦ 女性の方にお伺いします 現在妊娠あるいは授乳中ですか？ はい ・ いいえ

(妊娠()ヶ月 ・ 妊娠の可能性 ・ 授乳中)

⑧ 今日はどうのようにして来られましたか？

- ・ 徒歩 ・ 自転車 ・ 車(運転 / 同乗) ・ バイク ・ バス ・ タクシー ・ 電車

⑨ 当院を何でお知りになりましたか？(複数回答可)

- ・ 知人 / 家族からのご紹介 ・ ホームページ ・ インターネット ・ 171号線の看板
- ・ 通りすがり ・ 近所に(お住い / 通勤 / 通学)している ・ タウンガイド
- ・ 平井眼科に通院をしていた
- ・ 他院からのご紹介(病院名：) ・ その他()

※この問診票は診療目的以外では使用いたしませんのでご了承ください。