

「問診票」

記入日： 年 月 日

フリガナ

お名前 _____ 様 性別 男 女

生年月日 明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 満 _____ 歳

お電話 _____ - _____ - _____ 緊急連絡先 _____ - _____ - _____

住所 〒 _____ - _____ _____

① 本日診察を希望されるのは？ 両目 右目 左目

② どのような症状でお困りですか？

- 見えにくい 痛みがある かゆみがある 目やにが出る 涙が出すぎる
コンタクトレンズ その他 ()

③ 症状があるのはいつからですか？ (例：3日前から、朝起きてから など)

()

④ 今まで目の病気や怪我をしたり、目の手術を受けられたことはありますか？

いいえ はい→病名：() 使っている目薬は？ ()

⑤ 目以外の病気にかかっている、又はかかっていたことがありますか？

いいえ はい→病名：糖尿病 高血圧 心臓病 喘息 前立腺肥大
その他 ()

⑥ 食べ物・薬・ゴム・金属でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

いいえ はい→何が原因ですか？ ()

⑦ 本日このあと、車・バイクを運転するご予定はございますか？ いいえ はい

⑧ 女性の方で、現在、妊娠中またはその可能性のある方 いいえ はい

<サプリメントについて>

⑨ 今までサプリメント（種類は問わず）を摂取したことはございますか？

現在飲んでいる 過去、飲んでいたが今は止めた 飲んだことはない

⑩ 目などの健康に関するサプリメントについて、ご関心はございますか？

摂取してみたい 説明を聞きたい 関心は無い

⑪ 担当医の希望はございますか？ 大内 Dr. 三間 Dr. 西村 Dr. 希望なし

問診は以上です。ご記入お疲れ様でした。