

「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 目が乾く
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

⑨ サプリメントについて

・今までサプリメント（種類は問わず）を摂取したことはありますか？ ある ない

・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？

関心はある 自身の症状に関わるなら教えて欲しい 関心は無い⑩ 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⑪ 当院を知ったきっかけは何ですか？ 家が近い インターネット 知人の紹介 ()