

【問 診 表】

カルテ番号. _____

SCAN

■よりの確により効率よく診療を行う目的で、以下のご質問にお答えください。患者様の個人情報
は医療法に基づき完全に保護され、患者様への診療目的以外への利用は無いことを確認いたします。



フリガナ		生 年 月 日	性 別	お電話番号
お名前		大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	男・女	ご自宅 — —
				携帯番号 — —
ご住所	〒 — —			

【携帯番号のご記入につきまして】

緊急時の連絡及び転居等の際に当院よりご連絡させていただく事がございます。記入のほどお願いいたします。

1. 本日のご来院の目的は？（あてはまる項目に ○ をしてください）

- ① 目に不具合や不安、または検査希望 ② メガネ処方 ③ コンタクトレンズの検査、相談や処方
(対象:16 歳以上)

2. あてはまる症状全てには ○、特に気になる症状には ◎ をつけてください

(両・右・左) 充血、目が赤い (両・右・左) 目やに (両・右・左) なみだ目 (両・右・左) 乾き目
(両・右・左) かゆい (両・右・左) 痛い (両・右・左) まぶたの腫れ (両・右・左) 異物感
視力低下(遠く、近く、遠近とも) ・ 目の疲れ ・ 頭痛 ・ 肩こり ・ (両・右・左) ゴミが飛んで見える

その他症状があれば具体的にご記入ください: _____

3. 上記の症状はいつごろからですか？ 今日 、昨日 、(日・月・年 前から)

4. 治療中の病気はありますか？

白内障・緑内障・高血圧・糖尿病 _____
現在使用中の薬: ある() ・ なし

5. 合わない薬はありますか？

ある() ・ なし

6. アレルギーはありますか？ ある ・ なし

花粉症 ・ コンタクトレンズアレルギー ・ 鼻炎 ・ アトピー ・ 喘息 ・ その他:
アレルギーが疑わしい場合、原因を調べたいですか? はい ・ いいえ ※注射を使わないので小さなお子様も可能です

7. 生活状況につきお答えください

忙しい ・ ストレスあり ・ コンピュータ作業が長い(時間) ・ 睡眠不足 ・ 妊娠中(週)

8. 症状や病状はないが、気になる目の病気はありますか？

白内障 ・ 緑内障 ・ 加齢黄斑変性 ・ その他()

9. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

知人、家族のご紹介(ご氏名)、 コンタクト店の紹介 、メガネ店の紹介 、薬局の紹介
看板を見て 、ホームページで検索 、i タウンページ 、タウンページ 、休日・救急診療所の紹介
学校・保育園・幼稚園の紹介 、役所の紹介 、地域情報誌(ミルト)見て
他院の紹介() その他()