

問 診 票

ID		20 / /			
氏名	フリガナ	男・女 様	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日
			自宅 電話		
住所	〒		携帯 電話		

当てはまるところを○で囲むか、記入して下さい。

①どうされましたか？

どちらの目 (右 ・ 左 ・ 両)

いつから ()

症状 ()

②紹介状はありますか？ 1) ある 2) ない

③過去に、当院以外で眼の病気の治療を受けたりをしたり手術をした事がありますか？

1) ない 2) ある → いつ頃 歳ころ

病名 (病院名) ()

手術 (病院名) ()

④現在、または今までにかかった病気はありますか？

1) いいえ 2) はい → (糖尿病 ・ 高血圧 ・ 喘息)
(その他)

⑤現在使用中のお薬がある方は、お持ちでしたらお薬手帳の提出をお願いします。

⑥薬・たべもの等でアレルギーが出たことはありますか？

1) ない 2) ある → 何に
どのような症状

⑦花粉・ハウスダスト等の簡易アレルギー検査を希望しますか？

1) はい 2) いいえ 3) 相談する

※保険対応 1割負担の方 1030円 / 3割負担の方 3090円

⑧この1年間に特定検診や高齢者健診を受診しましたか？

1) いいえ 2) はい → 受診時期 月ころ

指摘事項

⑨今日は、どんな交通手段で来院されましたか？

①車 (駐車位置 番) ②自転車 ③バイク ④徒歩 ⑤バス

☆女性の方だけお答えください。

妊娠されていますか？ いいえ ・ わからない ・ はい (週目)

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

