

問診票

*マイナンバーカードご提示の方は住所の記載は不要です。

記載日 (年 月 日)

フリガナ		性別	生年	大・昭・平・令	年齢	歳
氏名		男・女	月日	年 月 日		
住所	〒			携帯	-	-
				自宅	()	-

* 気になる症状についてお聞かせ願います。

いつからですか ()

- ☐ かすむ ☐ 痛み ☐ かゆい ☐ 視力低下
☐ 疲れ目 ☐ 充血 ☐ 目ヤニ ☐ ゆがむ
☐ 乾燥感 ☐ 涙目 ☐ 二重に見える
☐ 腫れている ☐ 黒いものが飛ぶ
☐ その他 ()

症状がある部位に○をつけてください

右眼



左眼



* 本日の来院目的・希望について、該当項目がある方はお聞かせ願います。

- ☐ 白内障手術を希望 (多焦点レンズの希望: 有・無)
☐ 相談 ☐ 眼底検査 ☐ 視力検査 ☐ 緑内障検査 ☐ 近視治療の相談
☐ 学校検診後の要検査 (学校名:)
☐ その他 ()
☐ 眼鏡作成 (眼鏡のご持参: 有・無) ☐ オルソケラトロジーの相談
☐ コンタクト作成 (初めて・再作成) ※1

※1 直接目に触れるコンタクトレンズは、慎重なレンズ選びと管理が必要です。

そのため、当院では 処方箋の発行・当日の即日処方 は行っておりません。

詳しくはお近くのスタッフまでお問い合わせください。

* ご持参された書類があればお聞かせ願います。

- ☐ 紹介状 ☐ 検診報告書 ☐ お薬手帳 ☐ 血液検査の結果 ☐ その他

* 眼疾患歴・全身の病気についてお聞かせ願います。

☐ 無し

- ☐ 眼疾患 (治療歴: 有・無) (手術歴: 有・無)
 (眼科名:) (病名:)

- ☐ 高血圧 ☐ ぜんそく ☐ 心臓病 ☐ 泌尿器疾患
☐ 糖尿病 (治療内容: 食事・内服薬・インスリン注射・透析・その他)
 (発症日: 年 月) (血糖値: mg/dl、HbA1c: %)
☐ その他 ()

* アレルギーについて当てはまるものがあればお聞かせ願います。

- ☐ 花粉症 ☐ 鼻炎 ☐ 食べ物 ☐ 金属 ☐ 肌が弱い ☐ その他

*薬品のアレルギー・禁忌薬・副作用がある方は詳細をご記入願います。

()

*** 裏面のご記入もご協力願います ***

* 大切なご確認とご案内 *

正確な検査を行うため、目薬を点眼し、散瞳する場合があります。
散瞳しますと、数時間眼がぼんやりして運転することができなくなります。

お車で越しの方は、問診時必ずお申し出ください。

また、当院ではオンライン資格確認を導入しております。
マイナ保険証の利用や問診票等を通じて診療情報を習得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報の習得・活用のためご協力をお願い申し上げます。



緊急時の ご連絡先 (任意)	フリガナ		ご本人様との関係
	お名前	様	
	ご連絡先	() -	

* 当院を何で知っていただけましたか？

- ☐近所 ☐新聞 ☐本・雑誌 ☐電話帳 ☐看板
☐休日当番 ☐家族が受診している
☐当院のホームページ ☐インターネットの検索（検索キーワード： ）
☐ご紹介（知人・他病院・学校） ☐以前受診したことがある（ 年前）
☐その他（ ）

* 本日の交通手段についてお聞かせ願います。

- ☐公共のバス（乗車バス停： ）
☐当院の巡回バス（乗車バス停： ）
☐車（運転手・同乗者） ☐徒歩（何分： 分）
☐タクシー ☐自転車 ☐地下鉄利用 ☐JR利用 ☐バイク
☐その他（ ）



* 女性の方へ、お聞かせ願います。

- ・現在、妊娠されていらっしゃいますか？（はい・いいえ）
 ・現在、授乳されていらっしゃいますか？（はい・いいえ）

* ご意見・ご要望

当院では、なるべく多くの皆様のご希望にお応え出来るように努力して参ります。
ご意見・ご要望がございましたら、是非ご記入をお願い致します。



個人情報・治療内容の取扱いには十分に管理保守しておりますのでご安心下さい。