

問診票

ID				①
受診日	令和	年	月	日

ふりがな				性別	男・女	
受診者氏名						
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生	年齢	歳
住所	〒			連絡先		

問診事項 該当する項目の□にチェックをして下さい。

1. どちらの眼に症状があり、いつ頃から現れましたか

右眼 左眼 両眼 _____ 頃から

2. 受診理由を選んで下さい(複数選択可)

- 目が赤い・充血 ゴロゴロする 見にくい・かすむ 目やに かゆみ
 痛み 涙目 目の疲れ 物がゆがんで見える
 白内障が気になる 緑内障が気になる 物が二重に見える 黒いものが見える さかまつげ
 目をぶつけた まぶたが下がる まぶたの腫れ 定期検査 その他()

※充血を選んだ方→ 家族内、職場、学校に充血している方はいますか

いる いない

3. 現在、他の病院や医院に通院していますか(はい いいえ)

※「はい」と答えた方→ 現在治療中のものはありますか

高血圧 糖尿病 肝炎 喘息 その他()

4. 現在飲んでいる薬はありますか(はい いいえ)

薬の名前()

5. 今までに手術をしたことがありますか(はい いいえ)

※「はい」と答えた方→ 病名()

6. アレルギーはありますか

花粉症 鼻炎 喘息 ダニ・ハウスダスト その他()
薬(薬の名前) 食べ物(食品名)

7. 眼鏡を使用していますか(はい いいえ)

※「はい」と答えた方→(遠用 近用 遠近両用 その他())

8. コンタクトレンズを使用していますか(はい いいえ)

※「はい」と答えた方→(ハード ソフト 2週間使い捨て 1日使い捨て 1ヶ月使い捨て 遠近両用)
メーカー、度数()

9. 本日はどのような手段で来院されましたか

車を運転して来た 自転車 徒歩 送迎 公共交通機関 その他()

10. 女性の方にお伺いします

現在妊娠中ですか (はい いいえ) _____ ヶ月

現在授乳中ですか (はい いいえ)

11. 当院をどこで知りましたか

看板 クリニックのホームページ 医師会HP 病院検索サイト()

家族・知人からの紹介 医療機関からの紹介 (医療機関名)

その他()