

お手数ですがご記入を
お願いします。

記入日 27 年 月 日

診療申し込み・問診票

ふりがな		生 年 月 日	〒 大正 昭和 平成	年 月 日
お名前	様 男・女			
ご住所	〒 - 市	電 話 番 号	ご自宅 FAX	- - あり <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/>
		携 帯 等		- -

この度は、どういうことで 来院されましたか？	(右 ・ 左 ・ 両方) の (目 ・ まぶた) が 日前から 週前から ヶ月前から 年前から 1) 痛い 2) かゆい 3) めやにがでる 4) 充血する 5) 涙がでる 腫れた 6) 乾く 7) 見えにくい (近く ・ 遠く) 8) かすむ 9) ゆがむ 10) 見えない部分がある 11) 疲れやすい 12) 健康診断 で右 左 13) 他で眼科受診を勧められた 14) 健康診断で指摘された 15) セカンドオピニオン希望 16) 眼鏡を作りたい 17) その他 ()
今までに目の病気や手術を されたことがありますか？	ない ・ ある (時期) 頃 (病名 : 受診された眼科名)
現在治療中の病気や服用中 のお薬はありますか？	ない ・ 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 喘息 前立腺肥大 その他 () 受診中の病院名 () 服用中の薬品名 ()
薬 ・ 食物 ・ 検査アレルギーを 起こしたことがありますか？	ない ・ ある (薬品 ・ 食物 ・ 検査名 :)
コンタクトレンズを使用して いらっしゃいますか？	使用していない ・ 使用している (ただいま装用中 ・ 今は未装用) (メーカー名 :)
本日の通院手段はなんですか？	自家用車 (本人運転 ・ 同乗) ・ その他 ()
当院をお知りになったきっかけ はなんですか？	ご紹介 () ・ タウンページ ・ 広告 () ・ インターネット (当院ホームページ ・ iTownページ ・ メディカルページ) ・ 看板 ・ 通りすがり ・ その他 ()

パソコンあるいはスマホを使用しますか？ 使用する ・ 使用しない

以下は女性の方のみお答えください

現在、妊娠 ・ 授乳中ではいらっしゃいますか？ (いいえ ・ はい (妊娠 ヶ月) ・ 授乳中)

ありがとうございました