

三鷹台眼科 問診票

ふりがな		男・女	大・昭	年	月	日生
お名前			平・令		(
ご住所	〒	電話	自宅	()
			携帯	()

1. 今日は何がご心配で来院されましたか？

右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 (どちらか○で囲んでください)

見えづらい / かすむ / 痛い / 赤い / 目やにが出る / かゆい / はれている / 疲れる / 涙がでる / 乾く
 ごろごろする / ごみが入った / 眼をぶつけた / 二重に見える / 黒い点が見え飛ぶ / ゆがんで見える / 視野がかける
 健診で受診をすすめられた / メガネ処方 / コンタクト処方 (初めて / 使用中 * CL 処方箋のみは受けていません)
 オルソケラトロジー治療 / マイオピン点眼 / その他 ()

2. いつ頃からですか？ 今日・()日前・()週間前 ()月前・()年前・不明

3. 今まで目の病気をしたことがありますか？ なし ・ あり

病名 _____ いつ頃 _____ 病院名 _____ 治療の内容 _____

4. コンタクトレンズを使用中です か？ いいえ・はい

→種類 (ワンデー・2週間・他のソフト ()・ハード) / メーカー () 度数 (右 _____ 左 _____)

5. 今までにアレルギーと言われたことがありますか？

なし ・ あり → アレルギー検査希望 (お子さんでもできる簡易検査があります) あり ・ なし

アレルギーがあると答えた方 → 喘息・アトピー・花粉症・薬のアレルギー (薬の名前は？ → _____)

6. 今まで (現在) 眼以外の病気にかかったことがありますか？ なし ・ あり

糖尿病・高血圧・心臓病・腎臓病・リウマチ・その他 _____ 薬の名前 (_____)

7. 女性の方に伺います。妊娠・授乳していますか？ いいえ ・ はい (妊娠 _____ ヶ月・授乳中) ・可能性あり

8. 当院に受診されたきっかけは何でしょうか？ (複数回答可) 近所 ・ 知人の紹介 ・ 他の医療機関からの紹介
 ホームページ ・ 検索サイト ・ 駅看板 ・ その他 (_____)

9. 明細書 (検査など項目ごとの値段が記載されたもの) は希望されますか？ いいえ ・ はい

10. マイナ保険証で受付しますか？ いいえ ・ はい (はいの方 → 診療情報取得に同意しますか？ いいえ・はい)

11. その他医師に知らせたいことがあればお書きください。 (_____)