

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	(才)
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

アレルギーがありと答えた方 → 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. マイナンバーを保険証として受付しますか？ いいえ・はい（はいの方 → 診療情報取得に同意しますか？）

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。（ ）