

問 診 票

※必要なところは、○で囲んでください。下記の太枠内はすべて記載してください。

(フリガナ)

お名前： 男・女 生年月日：T S H R 年 月 日
ご住所：〒 携帯（電話）番号： - -

ご職業：会社員 自営業 専門職 公務員 学生 専業主婦 パート 無職 その他

① どんな症状で来院されましたか？

視力低下（かすむ） めやに 眼が痛い 異物感（コロコロする） 眼がかゆい
充血（目が赤い） 涙が出る まぶしい 眼が疲れる 飛蚊症（虫が飛んでいるように見える）
二重に見える まぶたがはれた メガネを作りたい その他（ ）
コンタクトレンズを作りたい（※当院では処方箋のみの発行はしていません）

※女性の方のみ：現在、妊娠中、または授乳中ですか？ はい いいえ

② どちらの眼ですか？ ③症状はいつからですか？

右眼 左眼 両眼 （ ）

④ これまでに眼の病気をしたことがありますか？

いいえ はい⇒何の病気ですか？（ ）

⑤ 眼科の手術を受けたことがありますか？

いいえ はい⇒何の手術ですか？（ ） ・それはいつ頃されましたか？（ ）

⑥ 今までに下記の病気をしたことがありますか？

なし 高血圧 糖尿病 心筋梗塞 不整脈 脳梗塞 喘息（ぜんそく）
その他の大きな病気（ ）

⑦ 薬を使った時に副作用が出たことがありますか？

いいえ はい⇒何の薬ですか？（ ）

⑧ 今までにアレルギー症状や蕁麻疹（じんましん）が出たことがありますか？

いいえ はい⇒何が原因で症状が出ましたか？（ ）

⑨ 眼鏡（遠方用 近方用 遠近両用）について：本日持参なし 本日持参あり 眼鏡は未作成

⑩ ソフトコンタクト（CL）について：本日装用なし（⇒普段 CL 装用あり CL 使用なし） 本日装用あり ⇒「CL 装用あり」の場合（ソフトレンズ：1day 2week 1ヶ月 連続装用 ハードレンズ）

*本日装用中の場合、診察時にコンタクトレンズを外すことはできますか？： はい いいえ

*購入希望の方のみ：現在使用中のメーカー名、度数（ 右 D 左 D）

⑪ 当院のことはどこでお知りになりましたか？

近隣で見かけて 駅の看板 知人の紹介 インターネット検索 バス広告 地域広報誌
その他（ ）

⑫ 当院への主な交通手段は何ですか？

徒歩 自転車 バス 自家用車・バイク タクシー 電車 その他（ ）

※当院では初診の方は基本的に視力 眼圧検査などを受けて頂くことをお勧めしますが、お時間がない方など、診察のみをご希望の場合は問診時にスタッフまでお申し付けください。

※当院は診療情報を取得・活用することで、質の高い医療の提供に努めています。マイナ保険証のご利用にご協力をお願いします。 以上になります。ありがとうございました。

べっしょ眼科クリニック