

診療申し込み・問診票

ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
お名前	様 男・女				(歳)	
ご住所	〒 -	ご職業				
お電話	(ご自宅) - -					(携帯等) - -

本日ご自身でお車やバイクを運転して来院されましたか？	いいえ ・ はい (ご自身の運転で来院された場合、瞳孔を広げる検査ができません。)
この度は、どのような症状で来院なさいましたか？ 最も気になる症状には必ず◎をしてください。	<p>(右 ・ 左 ・ 両) の (目 ・ まぶた) が 日前から 週前から ヶ月前から 年前から 1)目ヤニが出る 2)充血する 3)痛い 4)かゆい 5)腫れている 6)見えにくい 7)歪んで見える 8)二重に見える 9)飛蚊症(黒いものが飛ぶ) 10)光が走って見える 11)モノが入った 12)ゴロゴロする 13)乾く 14)疲れる 15)涙がでる 16)学校検診 17)眼鏡を作りたい 18)その他() 19)コンタクトレンズを作りたい ※目の状態により処方できない場合もございます。 ※コンタクトレンズ処方箋は発行いたしておりません。 ※後日取り寄せになるメーカー・製品がございます。</p> <p>ご経験 (現在も装用中 ・ 以前装用していたが中止していた ・ 全く初めて) ご希望 (使い捨てソフト ・ ハード 製品名()) 装用期間 (1週間に 日程度) 装用時間 (1日に 時間程度)</p>
上記の症状で、他の眼科を受診中ですか？	いいえ ・ はい (受診中の眼科名 :)
以前に目の病気にかかったことはありますか？	いいえ ・ はい (病名 : 時期 頃)
以前に目・瞼の手術を受けたことはありますか？ (レーシック・美容整形を含む)	いいえ ・ はい (病名 : 時期 頃)
現在治療中の病気や服用中のお薬はありますか？	ない ・ ある 高血圧、糖尿病、心臓病、脳梗塞、心臓病、てんかん 喘息、前立腺肥大、その他() ※受診中の病院()服用中の薬品名() ※お薬手帳をお持ちでしたら、ご提示ください。
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 :)
アレルギーの原因が分かる簡易検査を希望しますか？	いいえ ・ はい (8種類 ・ 39種類) ※詳細は受付までお申し付け下さい。
コンタクトレンズを使用中の方のみ、お答えください。	
本日、コンタクトレンズを装用していますか？ (いいえ ・ はい)	
まつ毛エクステの方のみ、お答えください。	
検査時や診察時に瞼を裏返していいですか？ (いいえ ・ はい)	
女性の方のみ、お答えください。	
現在、妊娠 ・ 授乳中でいらっしゃいますか？ (いいえ ・ はい (月) ・ 授乳中)	
すべて申告しましたか？	いいえ ・ はい
受診するきっかけは何ですか？	①当院のDrにかかっていた ②知人の紹介 ③広告(看板) ④ホームページ ⑤その他()