

おおたけ眼科 問診票

フリガナ	生年月日 T・S・H・R	年	月	日	才
お名前	男	電話番号			
	女	携帯電話			
ご住所 〒					

1.本日はどうされましたか？ 記入、またはあてはまるものを、○で囲んでください。（複数可）

◎いつ頃から () 日前 () ヶ月前 () 年前
 ◎どちらの目に 右目 ・ 左目 ・ 両目

めやに 目が赤い かゆい 痛い ゴロゴロ まぶたの腫れ(上・下) 涙 乾燥 疲れる
 ゆがむ 二重に見える 視野が欠ける 浮遊物が見える 光が見える 見えにくい(遠く・近く) かすむ
 メガネを作りたい 定期検査 健康診断・人間ドックの結果 他院からの紹介

コンタクトを作りたい → 装用経験あり (ハード・ソフト) / 装用経験なし

※当院では、お薬を『院内処方』しています。薬の飲み合わせが不安・かかりつけ薬局がある等『院外処方』を希望される方は、受付へお申し付けください。お薬手帳を受付へお預けください。

2.現在治療中の病気・過去にかかったことがある病気はありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 脳梗塞 ・ アトピー ・ ヘルペス / 特になし

その他→

3.現在服用中のお薬はありますか？（お薬手帳があればご提示くださいませ。） はい ・ いいえ

具体的に→

4.アレルギーはありますか？ お薬 ・ 花粉症 ・ 食べ物 ・ 動物 ・ その他 / 特になし

具体的に→

5.今までに、目の手術やレーザー治療を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

具体的に→

病院名：

6.現在かかりつけの眼科はありますか？ はい（病院名：) ・ いいえ

7.普段、使用のもの、もしくは使用可能なものがありますか？→ メガネ（老眼鏡含む）・コンタクト / 使用していない

8.ご家族(血縁関係のある方)のなかで、眼疾患のある方はいらっしゃいますか？

はい → 緑内障 / 糖尿病網膜症 / その他→

/特になし

9.本日、ご自分で車を運転してこられましたか？ はい ・ いいえ

10.女性の方にうかがいます。妊娠していますか？ はい () ヶ月 ・ いいえ

現在、授乳中ですか？

はい ・ いいえ

11.おおたけ眼科小手指医院を知ったきっかけを教えてください。

知人家族の紹介/道路の看板を見た/ 駅の看板を見た / ヨークフーズに来て知った / コンタクト店の隣だから
 インターネット・ホームページを見た (PC・スマホ・携帯) その他 ()

以上です。ありがとうございました。受付にご提出をお願いいたします。