

問 診 票

ひかり眼科

ふりがな

氏 名 _____ 性別 男 ・ 女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 月 日 (_____ 歳)

住 所 〒 _____

電 話 (_____) - _____ 携帯 (_____) - _____

▽本日はどのような症状ですか？

- 充血 痛い かゆい 目やにが出る 涙目 異物感 腫れ 疲れ目
乾く かすむ 見えにくい 物が欠けて見える 糸くずが見える 外傷
検診 眼鏡処方 その他

それは、どちらの眼ですか？ 右眼 左眼 両眼

いつ頃から？ 【 _____ 】

▽過去、眼科に受診されたことはありますか？ はい いいえ

→(病名：白内障・緑内障・アレルギー・その他 _____)

→手術歴：あり なし

(ありの方→何で？ _____ いつ頃？ _____ どこで？ _____)

▽ご家族の方が眼科で治療を受けていますか？

はい→(病名：緑内障・網膜色素変性症・色覚異常) いいえ

▽現在、眼科以外で治療を受けていますか？ はい いいえ

→(病名：糖尿病・高血圧・脳梗塞・高脂血症・心疾患・喘息・腎臓疾患・アトピー)

▽現在、使用中のお薬などはありますか？ はい いいえ

→(お薬の名前： _____)

▽お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ はい いいえ

(はいの方→ _____)

▽普段、メガネやコンタクトレンズを使用されていますか？ はい いいえ

→メガネ コンタクトレンズ (ハード ソフト1D ソフト2W)

▽他院より転院を希望されますか？ はい いいえ

(はいの方→家から近い 待ち時間が長い 説明を詳しくして欲しい その他 _____)

▽当院を知ったきっかけは何ですか？

理由→のぼり チラシ 看板 ホームページ 病院ナビ EPARK 知人・家族
(その他 _____)

◎アレルギーを疑う方へ◎

その原因を調べたいですか？ はい 相談したい いいえ

◎女性の方へ◎

▼現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？ ▼現在、授乳されていますか？

はい いいえ はい いいえ