

はねもと眼科 初診問診票

フリガナ

お名前 _____ (男 ・ 女) ご職業 _____

生年月日(大・昭・平・令) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____ 歳)

ご住所 〒 _____

電話(自宅) _____ - _____ - _____

(携帯) _____ - _____ - _____

(緊急連絡先) _____ - _____ - _____ (御関係) _____

1、どのような症状で受診されましたか？○をつけてください

いつから(今日・昨日・一週間前・その他())
(右眼・左眼・両眼)が

見えにくい・眩しい・ゆがむ・黒いものが飛ぶ・流涙
視野が欠ける・疲れる・ゴロゴロする・腫れている
かゆい・痛い・充血・目やにが出る
その他()

2、今までに眼科での診療や治療を受けたことはありますか？

・病院名

・診断名

・治療(点眼・内服薬・その他)

・白内障診断を受けたことがありますか(ない・ある)

・白内障手術された方(病院名) いつ頃 (右眼・左眼・両眼)

・レーシック治療を受けていますか？

はいの方(病院名:) いつ頃: ()

3、全身的な病気で通院されていますか？

・病院名

・診断名

・お薬手帳持参(あり・なし)※ありの場合ご提示お願いいたします。

当てはまる疾患に○をつけてください

高血圧・糖尿病・心疾患・腎臓病・喘息・肝臓病・
前立腺肥大・高脂血症・骨粗しょう症・リウマチ・脳疾患
脊柱管狭窄症・アトピー性皮膚炎・その他()

4、今まで薬や食べ物で気分が悪くなったり、蕁麻疹が出たことはありますか？

・ない

・ある(薬:) 食べ物: ()

5、メガネ・コンタクトの使用はありますか？

・メガネ(遠くを見る用・近くを見る老眼鏡・遠近両用)

・コンタクト(ハード・ソフト・1デイ・2week)

・処方眼科() 定期受診: あり・なし)

6、女性の方のみ

・現在妊娠していますか(はい・いいえ・不明・授乳中)

ご記入ありがとうございました。受付カウンターまでお戻しください
必要時スタッフが問診でお声をかける場合がございます。