

《問 診 票》

(フリガナ)

■ 氏 名 _____ (男・女)

■ 生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日生 ■ 年 齡 (満 才 カ月)

■ 住 所 〒 _____

_____ 電話 () _____

_____ 電話 () _____

【1】① どのような症状ですか？ (該当する表現があれば○で囲んで下さい)
赤い・痛い・目やにが出る・疲れる・かわく・ゴミが入った・かゆい
ゴロゴロする・涙が出る・腫れている・ぼやける・二重に見える
黒い物が見える・光が見える・ゆがむ・視力低下・学校検診・成人病検診
その他 ()

② どちらの眼ですか？ (右 左 両眼) ③ いつごろからですか？ ()

【2】今までに眼の病気をされたことがありますか？

【3】眼以外の病気にかかったことがありますか？ (はい・いいえ)
高血圧・糖尿病・心臓病・胃腸病・腎臓病・肝臓病・脳疾患・整形外科
リウマチ・アレルギー・その他 ()
飲み薬 (ある・ない)

【4】これら眼以外の病気で、他の病院・診療所に通院していますか？
()

【5】今までに薬、食べ物等でアレルギー症状を起こしたことがありますか？
1. ある → その原因になったものは ()
2. ない

【6】アレルギーが疑わしい場合、その原因を調べますか？ ※主要8項目の検査です。
1. する ※注射を使わずお子様から可能です。
2. しない

【7】(女性の方のみ) 現在、妊娠している可能性がありますか？
1. ある 2. ない 3. わからない

【8】当院をどこでお知りになりましたか？
1. 他の病院からの紹介 2. 人づて (どなたからですか？)
3. 当院の看板 4. 電柱広告 5. 駅広告 6. 通行中
7. その他 ()

ご記入ありがとうございました。