《 問診票①（初診）》

■NO._____
■記載日：　　月　　日
（フリガナ）　_____
■氏名　_____（ 男 ・ 女 ）
■生年月日（_____年_____月_____日生　■年齢（満_____才）
■住所 〒　　-_____
_____
■電話（連絡が取れる番号）_____（　　）_____

【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。重複可）
・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？**　（該当;〇）
なし　　ある（　　）

【3】**眼以外の病にかかったことがありますか？**　（ はい ・ いいえ ）（該当;〇）
・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？**（該当;〇）
ない　　している　（　　）

【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？**（該当;〇）
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　2.しない　　※注射を使わずお子様から可能です。

【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.インターネット　8.その他（　　）

ご記入ありがとうございました。

医療法人社団 順孝会
あだち眼科