

問 診 票

ふりがな _____ 生年月日 _____
お名前 _____ (男・女) (大・昭・平) _____ 年 月 日
ご住所 _____ 電話番号 _____
_____ 携帯 _____

● 今日はどうされましたか？ 症状に○を付けてください。

_____ 前より (両目・右目・左目)
視力低下・ゆがんで見える・光が走る・目の中で点が動く(飛蚊症)・二重に見える
充血・腫れた・めやに・涙が出る・かゆい・乾燥感・コ`ロコ`ロ感
まぶしい・疲労感・目が重い・頭痛・かすむ・目が痛い・逆まつげ
その他 _____

眼鏡作成希望 (近方・遠方・遠近)

コンタクト作成希望 (ハード・ソフト)

現在コンタクトレンズを使用していますか？ はい (ハード・ソフト) いいえ

● どこか、他に受診されていますか？ 疾患名に○を付けてください。

() 糖尿病 () 血圧 () 心臓病 () 脳梗塞 () 脳出血 () 胃腸病
() 肝臓病 () 腎臓病 / 透析中 { _____ 曜日 } () 肺病 () 喘息 () 結核
() 妊娠 { _____ 週 } その他 _____

● どちらに通院されていますか？

病院名 _____ 疾患名(_____) 主治医名 _____
病院名 _____ 疾患名(_____) 主治医名 _____
病院名 _____ 疾患名(_____) 主治医名 _____

● お薬のアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

* 何のアレルギーですか？ _____

● 食物のアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

* 何のアレルギーですか？ _____

● レーシック手術、屈折矯正手術など受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

* それは、何年前ですか？ _____ 年前

当院は、当院をご利用になる方々のプライバシーを尊重し、医療の提供や、当院の管理運営に必要な範囲内で個人情報を収集しますが、情報の漏洩防止のための安全管理に努め、別に示した利用目的の範囲内でのみ情報を利用します。