

問診票

日付： 年 月 日

(ふりがな)

名前 男 ・ 女

生年月日 西暦 年 月 日 歳

〒 住所

電話番号： 携帯番号：

1. 本日来院された原因となるお困りの症状をお書きください。

(右 ・ 左 ・ 両)眼が (急な視野欠損 ・ 急な視力低下 ・ 激しい目の痛み ・ 目やにが多く目が赤い)

その他症状

(.....)

2. いつ頃からですか？ (.....)

3. その症状で他の眼科を受診されましたか？

(本院がはじめて ・ 他院でみてもらった ・ 他院からの紹介状あり)

4. 今までに眼科で手術やレーザー治療を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

「はい」とお答えの方

右 : 病名(.....) 時期 (年 月頃) 手術名(.....)

左 : 病名(.....) 時期 (年 月頃) 手術名(.....)

5. 薬や食品のアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

「はい」とお答えの方 : 薬品名/食品名(.....)

6. 今までかかった病気はありますか？ はい ・ いいえ

糖尿病(ヘモグロビン A1c %) ・ 高血圧 ・ 心疾患 ・ 脳疾患 ・ その他(.....)

7. コンタクトレンズは装用していますか？ はい ・ いいえ ・ 普段は装用しているが、今はしていない

コンタクトを使っている場合、使用しているコンタクトの種類は何ですか？

ハードCL ・ ソフトCL 【 1day ・ 2week ・ 1month ・ その他(.....) ・ 使い捨てでないタイプ 】

8. 女性の方、現在妊娠中またはその可能性がありますか？ はい ・ いいえ

9. 本日、この後、運転するご予定はありますか？ はい ・ いいえ

10. 当院を知ったきっかけに○をつけてください(複数回答可)

他院からの紹介 ・ 知人からの紹介 ・ 当院ホームページ ・ X ・ Facebook ・ 当院ブログ ・ Instagram

その他(.....)

診療で撮影した写真・動画をご使用させていただくことがございます。

中之島アイセンター