

問診票

当院をお知りになった理由をお聞かせください

①家族・知人から聞いた ②近くを通過して ③ホームページを見て ④その他()

ふりがな		記入年月日	年 月 日
氏名		TEL(自宅)	
		TEL(携帯)	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
住所	〒 -		

★めがねをお使いですか はい・いいえ ★今日はめがねをお持ちですか はい・いいえ

はいの方 遠く用・近く用・遠近両用・その他()

★普段お使いのコンタクトレンズは 1day / 2week / ハードレンズ / その他()

メーカー() 平均使用時間(時間)週(回)・毎日

① コンタクトレンズ(ハード / ソフト)の処方希望 (初めて・使ったことがある)

*コンタクトレンズの処方箋のみのお渡しはしていません

めがねを持っている(はい・いいえ)

② 検診結果で要受診といわれた

③ 目に不具合、検査希望

異物感(右・左) 目やに(右・左) 充血(右・左) 目が痛い(右・左)
 目の疲れ 目が乾く(右・左) 目がかゆい(右・左) 見えにくい(近く・遠く)
 ごみが飛んで見える(右・左) まぶたの腫れ(右・左) めがねを作りたい
 頭痛 吐き気 その他()

④ いつからですか 本日 きのう 2~3日前 1週間前 1か月前

それ以上前()

⑤ いままでに 目の病気やケガをしたり、
 目の異常を指摘されたことはありますか?
 手術を受けたことがありますか?

なし 白内障 緑内障 網膜剥離 レーシック

その他 いろいろ

⑥ かかったことのある病気や、
 現在治療中のものがありますか?

なし 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病
 肝臓病 ヘルペス ぜんそく アトピー 花粉症
 その他()

服用中のお薬はありますか

(なし あり)...

薬の名前

⑦ 薬に対するアレルギー 花粉症や食べ物などアレルギーはありますか?

薬のアレルギー

(なし あり)...

薬の名前

その他

(なし あり)...

何に対するアレルギーですか

⑧ 女性の方に伺います

現在、妊娠の可能性はありますか? (なし あり)

授乳中ですか? (なし あり)

⑨ 眼科では症状や病状によっては 眼底検査 を行う場合があります。眼底検査を行った場合、4~5時間程度
 眼がかすんで見にくくなります。その場合は車、バイクの運転や危険な作業、細かい作業が出来なくなります。
 この後、車を運転する予定、細かい作業や危険な作業の予定はありますか? (なし あり)

以上、上記問診票で得られた個人情報について当院で定めた利用目的(診療、治療、緊急時の連絡)の範囲内で利用いたします。

当院はマイナンバー保険証の利用により診療情報を取得・活用し、質の高い医療の提供に努めています。石田眼科医院