

問 診 票

ふりがな		生年月日	大 昭 平 令	年	月	日	男・女
氏 名		自宅電話 () 携帯電話					
住 所	〒						

- ① どうされましたか？（ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ）
 痛い かゆい 乾く 赤い めやにが出る ゴロゴロする
 まぶしい 腫れ 黒いものが見える 二重に見える 疲れる
 見にくい（ 近く ・ 遠く ） 眼鏡処方 コンタクト購入 検診
 その他（)
- ② いつ頃からですか？ ()
- ③ 今までに眼の病気を指摘されたことはありますか？
 ない ある（ドライアイ 白内障 緑内障 網膜はく離 糖尿病網膜症)
 その他（)
- ④ 眼の手術を受けたことはありますか？
 ない ある（白内障 緑内障 網膜はく離） その他（)
 どちらの眼科で受けられましたか？（)
- ⑤ 現在使用している眼科の薬はありますか？
 いいえ はい（)
- ⑥ 今までにかかった病気または治療中の病気はありますか？
 ない ある（糖尿病 高血圧 心臓病 喘息）その他（)
- ⑦ 薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか？
 いいえ はい（)
- ⑧ スマホ・パソコンを使いますか？
 いいえ はい（使用時間1日約 時間）
- ⑨ 妊娠の可能性はありますか？
 いいえ はい
- ⑩ どのようにして当院を知りましたか？
 ホームページ Google 看板 紹介（)
- ⑪ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？
 いいえ はい