

診療申し込み・問診票

ふりがな			生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
お名前	様 男・女						
ご住所	〒 -		ご職業				
お電話	(ご自宅) - (携帯等) -						
本日はどのような症状で来院なさいましたか？ (複数選択可) 複数の症状がある場合、最も気になる症状に ◎をしてください。	(右・左・両方) の (目・まぶた【上・下】) が 日前から 週前から ヶ月前から 年前から 1)目やに 2)充血 3)痛い 4)かゆい 5)腫れ 6)見えにくい 7)ゆがんで見える 8)飛蚊症(黒いものが飛ぶ) 9)まぶしい 10)ものが二重に見える 11)乾く 12)疲れる 13)涙が出る 14)花粉症 15)3歳児検診での指摘 16)就学時・学校検診での指摘 17)眼鏡作成希望 18)コンタクトレンズ作成希望(初めて・使用歴あり) 19)健康診断での指摘 20)紹介状持参 21)その他()						
お子様の近視進行抑制治療にご興味はありますか？ (自費診療)	いいえ・はい・すでに治療を始めている ・オルソケラトロジー(ナイトレンズ) ・低濃度アトロピン点眼(リジュセアミニ) ・近視進行抑制用1dayソフトコンタクトレンズ(マイサイトワンデー) ・その他()						
次の自費診療にご興味はありますか？	いいえ・はい ・眼瞼下垂(まぶたが下がる)の点眼治療(アップニークミニ) ・IPL治療(ドライアイ・霰粒腫(ものもらい)・フォトフェイシャル)						
現在、またはこれまで他の眼科におかかりですか？	いいえ・はい (いつ頃 眼科名) (病名 処方されているお薬)						
治療中の病気や服用中のお薬はありますか？	ない・高血圧、糖尿病(HbA1c %)、腎臓病、心臓病、肝臓病、喘息、前立腺肥大、その他() 病医院名() 使用中のお薬() ※お薬手帳、糖尿病手帳をお持ちの方はご提示ください(あり・なし・お忘れ)						
アレルギー体質はありますか？	ない・花粉症・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・喘息 薬、食物、検査薬アレルギー(内容)						
眼鏡・コンタクトレンズを使用していますか？	眼 鏡 (使用している・時々使用する・使用しない) コンタクト(使用している(1day・2week・ハード)・時々使用する・使用しない)						
ご来院いただいたきっかけをお教えてください。	ご紹介(ご紹介者: 様) 通りがかり・チラシ・ホームページ・その他()						
女性の方のみ、お答えください。	現在、妊娠・授乳中ですか？(いいえ・妊娠中(ヶ月)・授乳中)						
本日、運転してきましたか？	いいえ・はい						