聖母眼科

# 問診票

本日の日付（令和　　年　　月　　日）

患者 ID(　　)

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | 性別 | 男　：　女 |
| 名前 | | 年齢 | 歳 |
| 生年月日 | （大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日 | | |
| 電話番号 | (　　)ー(　　)ー(　　) | | |
| 携帯番号 | (　　)ー(　　)ー(　　) | | |

●来院動機と希望を〇で囲んでください。

☐ 眼鏡をつくりたい【　遠　/　中　/　近　】現在眼鏡を使っていますか?【 はい / いいえ】

☐ コンタクトをつくりたい【 ソフト / 相談　/　ハード 】　【 初めて / 作り変え 】

☐ 手術希望【 白内障手術 / ICL 】【その他/　　】

●現在の症状はいつごろからでてきましたか？

☐　　年　　月頃から【 ☐左眼　☐右眼　☐両眼 】が

☐ 痛い　かゆい　☐見えにくい　☐充血

☐ めやに　☐黒いものが飛んで見える

☐ 物がゆがんでみえる。

●その他症状等があれば下記に記入してください。

【　　】

●今まで他の眼科に通院したことはありますか？【はい/いいえ】

☆診断名、処方薬、手術した場合はどのような手術をされましたか？

診断名【　　】処方薬【　　】

手術名【　　】

●現在治療している眼以外の病気はありますか？チェックしてください。

☐ 糖尿病 ☐ 高血圧　☐ 心臓疾患　☐ 脳疾患　☐ 喘息　☐ 前立腺肥大　☐リウマチ

☐ その他【　　】☐病名が分かれば記載してください。【　　】

☆治療されている病院名【　　】

●現在、使用または処方されているお薬はありますか？

【　　】

●血液をサラサラにするお薬は飲んでますか？【はい　いいえ】　薬の名【　　】

●アレルギーのある薬はありますか？【　　】

●今までにかかった病気、受けた手術はありますか【　　】

●女性の方へ　現在妊娠はされていますか？　【しています / していません】

●現在授乳中ですか？　【はい / いいえ】

●男性の方へ　尿が出やすくなるお薬を飲んでいるか、又は今までに飲んだことがありますか？

【飲んでいます/飲んだことはありません／過去に飲んだことがあります】

●今、コンタクトレンズをつけていますか？　【 はい / いいえ】　はいの人【ハード/ソフト】

●当院をどのように知りましたか？チェックをつけてください。

☐ 知人の紹介　☐ 看板　☐ ホームページ　☐ セミナーに参加した　☐ 近くだから

●本日の当院への交通手段にチェックをつけてください。

☐自分で運転【☐車 ☐バイク ☐自転車 】　☐車で送ってもらった　☐徒歩　☐電車・バス

●その他、診察医師に伝えたいことがありましたら下記へ記入お願いします。

| |
|---|
| |