

受診日 年 月 日

## 問診票

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

1. どのような症状がありますか。全てに○をつけて下さい。( 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 )

① 見えにくい ② 充血 ③ めやに ④ かゆみ ⑤ 痛み ⑥ 異物感 ⑦ 涙目

⑧ 乾燥感 ⑨ 疲れる ⑩ 何かが飛んで見える ⑪ 光が見える ⑫ まぶたの腫れ

⑬ まぶしい ⑭ 打撲・外傷 ⑮ 検診後(学校・その他) ⑯ 眼鏡・コンタクトレンズの作成

⑰ その他 \_\_\_\_\_

2. 症状はいつからですか? \_\_\_\_\_ 時間 ・ 日 ・ 週 ・ 月 ・ 年 前から

3. 今までに目の手術を受けたことがありますか?

ない・ある 病名: \_\_\_\_\_ 眼科名: \_\_\_\_\_

4. 今までに目の病気を指摘されたり、治療を受けたりしたことがありますか?

ない・ある 病名: \_\_\_\_\_ 眼科名: \_\_\_\_\_

5. コンタクトレンズを使用していますか? いいえ ・ はい ( ソフト ・ ハード )

6. メガネを持っていますか? いいえ ・ はい ( 遠用 ・ 近用(老眼鏡) ・ 遠近両用)

7. ご家族の中に眼の病気(白内障を除く)をした方がいらっしゃいますか?

いいえ ・ はい 病名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_

## 8. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

薬：ない・ある 薬剤名： \_\_\_\_\_

食べ物：ない・ある 食材名： \_\_\_\_\_

## 9. 今現在、かかりつけの病・医院はありますか？

ない ・ ある 病医院名： \_\_\_\_\_ 病名： \_\_\_\_\_

## 10. 今までに下記の病気はありますか？

病気：ない ・ ある ( 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 結核 喘息 )

## 11. 女性の方のみお答えください。

現在、妊娠しておられる、あるいはその可能性はありますか？ いいえ ・ はい (妊娠 ヶ月)

## 12. 糖尿病がある方のみお答えください。

およそ何年前に糖尿病と診断されましたか？ \_\_\_\_\_ 年前

現在のHBA1cがわかるようでしたら教えてください。 \_\_\_\_\_ %

## 13. 市販の点眼薬の使用、またはアイボン等での洗眼をしていますか？

いいえ ・ はい (薬剤名： \_\_\_\_\_ 洗眼： \_\_\_\_\_ )

## 14. 当院を何でお知りになりましたか。当てはまるものに全て丸をつけてください。

- ① 知人 ( \_\_\_\_\_ ) ② インターネット検索 ( google ・ yahoo ・ その他 )  
③ ホームページ ④ 病院なび ⑤ チラシ (新聞折込み ・ その他) ⑥ 本ビル1階看板  
⑦ 都営三田線巣鴨駅看板 ⑧ その他 \_\_\_\_\_ ⑨ 不明

## ◎ ジェネリック点眼液 (品質に問題のないもの) の処方を希望されますか？

はい ・ いいえ ・ どちらでも

※個人情報は厳重に管理し、診療に関する事柄にのみ使わせていただきます。ありがとうございました。