

# 問診票

ふりがな				紹介状 あり・なし			
氏名				来院形態 (車・バイク・自転車・徒歩)			
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日 ( ) 歳			
住所	〒						
電話(	—	—	)	携帯(	—	—	)

・どちらの目に症状がりますか。	<input type="checkbox"/> 右眼	<input type="checkbox"/> 左眼	<input type="checkbox"/> 両眼
・いつ頃から症状がありますか。	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> ( ) か月前から <input type="checkbox"/> ( ) 年前から <input type="checkbox"/> 不明		
・どんな症状がありますか。(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 目が赤い(充血・出血) <input type="checkbox"/> メヤニがでる <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> かゆみがある <input type="checkbox"/> 目の腫れ <input type="checkbox"/> 異物感 <input type="checkbox"/> 涙がでる <input type="checkbox"/> 乾燥する <input type="checkbox"/> かすむ <input type="checkbox"/> ぼやける <input type="checkbox"/> 物が二つに見える <input type="checkbox"/> 歪んで見える <input type="checkbox"/> 何かが飛んで見える <input type="checkbox"/> 光が走る <input type="checkbox"/> 学校検診 <input type="checkbox"/> 健康診断で再検査といわれた(診断名 ) <input type="checkbox"/> 眼鏡を作りたい(遠方用・手元用・遠近両用) <input type="checkbox"/> コンタクトを作りたい (ハードレンズ・ソフトレンズ・使い捨てソフトレンズ 2WEEK 1DAY) ※本日コンタクトをつけて来院されましたか。(はい・いいえ) (ハードレンズ・ソフトレンズ・使い捨てソフトレンズ 2WEEK 1DAY) <input type="checkbox"/> その他( )		
・今までに目の病気や手術をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい(病名 ) (時期 ) <input type="checkbox"/> いいえ		
・今までかかった病気はありますか。(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> その他( ) ※内服中の薬や点眼がありましたら、お薬手帳の提出をお願いします。		
・薬や食べ物のアレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/> はい( ) <input type="checkbox"/> いいえ		
・現在、妊娠中・または授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい(妊娠中・授乳中) <input type="checkbox"/> いいえ		

ご記入ありがとうございました

大野眼科医院