問診票

フ　リ　ガ　ナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　月　日
お　名　前			
住　所	〒　ー		
連　絡　先	TEL　（　）	携帯TEL	（　）

当院をどのようにお知りになりましたか？	□ホームページ　□駅看板　□医院周辺看板　□電話帳 □ご紹介　ご紹介者のお名前（　）□その他（　）

◆当医院における個人情報保護方針について

・当院では、患者様の個人情報の取り扱いに万全の体制で取り組んでおります。

・問診表に記載された個人情報は、当院における医療行為・他院や院外薬局などとの連携・液体検査・診察費請求・各種ご案内などに利用させて頂きます。

◆診察費の請求業務のため、健康保険証のコピーをとらせて頂いております。※同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください。

①今日はどうなさいましたか？

□見えにくい　【右・左・両眼】
□目が痛い　【右・左・両眼】
□白目が赤くなった　【右・左・両眼】
□メヤニが出る　【右・左・両眼】
□まぶたが腫れた　【右・左・両眼】
□まぶたが赤くなった　【右・左・両眼】
□黒い物が見える　【右・左・両眼】
□目が乾く　【右・左・両眼】
□目が疲れる　【右・左・両眼】
□目がかゆい　【右・左・両眼】
□涙が出る　【右・左・両眼】

■症状はいつ頃から（　）

□その他　（※症状、要望をご記入下さい）

（　）

□検査希望　【視力検査・学校検診・検診】
□メガネを作りたい
□コンタクトを作りたい
コンタクトは　【初めて・使用中】
※使用中の方は、分かる範囲でご記入下さい
・レンズの種類（ハード・ソフト・使い捨て）
・メーカー名　（　）
・商品名　（　）
・規格　（　）
・空き箱持参　有り　・　無し

②コンタクトを使用していますか？

いいえ・はい　（ハード・ソフト・使い捨て）

③今まで目の病気にかかった事がありますか？

いいえ・はい

白内障・結膜炎・緑内障・虹彩炎・ぶどう膜炎・
網膜はく離・花粉症・その他（　）

④現在、何かお体の病気にかかっていますか？

いいえ・はい

風邪・高血圧・糖尿病・心臓病・喘息・花粉症
その他（　）

服薬　有り・無し
お薬手帳持参　有り・無し

⑤薬を使用して異常が出た事がありますか？

いいえ
はい（薬の名前と症状／　）

⑥妊娠の可能性はありますか？

いいえ・はい（　ヶ月）
授乳中

⑦当院での診察に対しての要望はありますか？

例）説明をしっかりやってほしいなど

⑧今後当院から健康に関するご案内をお送りする場合がございますが、よろしいですか？

はい・いいえ

※ご協力ありがとうございました