

問診表

フリガナ		生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和
お名前			年 月 日
住所	〒 —		
連絡先	TEL ()	携 帯 TEL	()

◆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いただきます。
 ◆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。

■今日はどうなさいましたか？ <input type="checkbox"/> 見えにくい 【右・左・両眼】 <input type="checkbox"/> 黒いものが見える 【右・左・両眼】 <input type="checkbox"/> 疲れる 【右・左・両眼】 <input type="checkbox"/> 痛い 【右・左・両眼】 <input type="checkbox"/> 充血 【右・左・両眼】 <input type="checkbox"/> メヤニがでる 【右・左・両眼】 <input type="checkbox"/> かゆい 【右・左・両眼】 <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ 【右・左・両眼】 <input type="checkbox"/> 乾く 【右・左・両眼】 <input type="checkbox"/> 涙が出る 【右・左・両眼】		<input type="checkbox"/> その他 ※症状・要望等を詳しくご記入ください []
↓ ここからは初診の患者様のみご記入下さい ↓		
■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 ()		
■症状はいつ頃からですか？ () 頃から		
■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・心臓病・喘息・糖尿病 その他 () ◇現在服用中のお薬 【 有り・無し 】		
■妊娠の可能性はありますか？ 【 いいえ・はい 】		
■薬を使用して異常が出た事がありますか？ いいえ はい ※薬の名前と症状を詳しくご記入ください []		
現在コンタクトレンズ使用中の方へ 本日処方も希望される場合は、2枚目の “コンタクトレンズ問診票”もあわせて ご記入ください		