

春日眼科 問診表

初めて来院された方へ

当院では診察を迅速かつ正確に行うため問診表への記入をお願いしております。ご協力ください。

ふりがな:	身長:	cm
お名前:	体重:	kg

■ どのような症状ですか？ 【 右目 ・ 左目 ・ 両目 】

・赤い ・かゆい ・痛い ・目やに ・疲れる ・まぶしい ・飛蚊症 ・目の腫れ
・視力低下 ・ゴロゴロする ・その他 ()

■ 症状はいつからですか？ _____ 頃から

■ 白内障やその他 目の手術を受けたことはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

■ 食べ物・飲み薬・注射によるアレルギーはありますか？ 【 ある ・ ない 】

・ある方は内容をご記入ください。()

■ いままでかかった病気はありますか？ 【 ある ・ ない 】

・ある方はご記入ください。(高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ その他_____)

■ パソコンは使用されますか？ 【 はい(1日_____時間ほど使用) ・ いいえ 】

■ 現在、飲んでいるお薬はありますか？ 【 ある ・ ない 】

・ある方は内容をご記入ください。()

■ 現在、コンタクトレンズは使用されていますか？ 【 はい ・ いいえ 】

■ 女性の方に伺います。

・現在、妊娠中ですか？ (はい _____ヶ月 ・ いいえ ・ わからない)

・現在、授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

■ 当院のことは何で知りましたか？

・ご紹介(知人) ・ご紹介(医療機関) ・ホームページ ・携帯用ホームページ ・電話帳

・駅の看板 ・建物の看板 ・電柱広告 ・通りがかり ・電車内広告

・その他()