

# 眼科診療申込み・問診票

ふりがな		電話	ご自宅	-	-	
お名前	様 男・女		携帯	-	-	
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	年齢	歳
ご住所	〒					

本日は、どのような理由でお越しいただきましたか？

どちらの目が？ ( 両目 ・ 右目 ・ 左目 )

いつごろから？ ( 今日 ・ 日前 ・ ヶ月前 ・ 年前 ) ごろから

どうされましたか？ ( かゆい・痛い・赤い・目やにがでる・涙がでる・乾く  
見えにくい・疲れる・目に異物が入った・黒いものが飛ぶ  
メガネの相談・コンタクトの相談・目の検診 )

その他の症状 ( )

今までに眼科にかかったことはありますか？

いいえ ・ はい → 病名は？ ( )

いま、使っているお薬、目薬は？ ( )

現在または過去にかかった他の病気を教えてください。

病名は？ 糖尿病・高血圧・心臓病・不整脈・喘息・腎臓病・花粉症・アトピー性皮膚炎

その他 ( )

医療機関は？ ( )

お薬は？ ( )

食べ物・お薬でアレルギーはありますか？ なし・あり → (内容 )

現在、妊娠していらっしゃいますか？ はい ( )ヶ月 ・ いいえ ・ わからない

当院をどのようにお知りになりましたか？

お知り合い・ご家族からの紹介(お名前 ) ・ ホームページを見て

駅の看板を見て ・ 立て看板を見て ・ 通りすがりに ・ ご近所に (お住まい・通勤・通学) されている

その他 ( )



よねだ眼科・整形外科クリニック