

# 眼科診療申込み・問診票

ふりがな			ご自宅	-	-	
お名前	様	男・女	電話			
			携帯	-	-	
生年月日	大正・昭和・平成・令和	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