

--	--	--	--	--	--	--

安里眼科 問診票 受診日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日			
氏名		男・女	大・昭 平・	年	月	日 歳
住所 〒	-		電話番号	自宅		
				携帯		

1. 糸満院またはおもろまち駅前院 を受診したことがありますか。 いいえ はい ____ 年前

2. 本日は、どのような症状でお困りですか。

<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 赤い(充血・出血)	<input type="checkbox"/> かゆい	<input type="checkbox"/> めやに	<input type="checkbox"/> できもの	<input type="checkbox"/> 違和感(ゴロゴロ)
<input type="checkbox"/> 涙が多い	<input type="checkbox"/> 乾く	<input type="checkbox"/> まぶしい	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> かすむ	<input type="checkbox"/> ゆがんで見える
<input type="checkbox"/> 視野がかける	<input type="checkbox"/> 黒いものが飛ぶ	<input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 健診、学校健診で受診をすすめられた		<input type="checkbox"/> メガネ希望	<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ希望		
近視治療		<input type="checkbox"/> マイオピン治療希望	<input type="checkbox"/> オルソケラトロジー(夜間装用コンタクトレンズ)希望		
屈折矯正手術		<input type="checkbox"/> レーシック手術希望	<input type="checkbox"/> ICL(眼内コンタクトレンズ)手術希望		

3. どちらの眼ですか。 右眼 左眼 両眼

4. いつ頃からですか。 今日 ____ 日前 ____ 週間前 ____ カ月前 ____ 年前

5. 今までに、目の病気にかかったことはありますか。 いいえ はい

病名：

手術・レーザー治療歴(いつ頃、どこで)：

6. 現在、他科で治療中の病気はありますか。 いいえ はい 病院名 _____

<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 脳疾患	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 血液疾患
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> リウマチ		
その他 ()		他科手術歴 ()				

7. 現在使用している薬がある場合はご記入ください。 ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください

お薬：

8. 今までに、薬や注射でアレルギー症状(発疹、呼吸困難など)を起こしたことはありますか。

いいえ はい 薬剤名： _____ 症状： _____

9. コンタクトレンズは使用していますか。 いいえ はい 装用年数 約 ____ 年

ハード ソフト 使い捨てソフトレンズ(1day 2week) カラコン

10. 女性の方で、当てはまる方のみお答えください。 妊娠中(____ カ月) 授乳中

11. 当院へお越し頂いたきっかけを教えてください。

家族の紹介 知人の紹介 他院からの紹介(_____) ホームページ 近所

その他(_____) ご協力ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。