診療申し込み・問診票

ふりがな		生年月日	大正 昭和 平成 令和　年　月　日
お名前	様 男・女		（　歳）
ご住所	〒　-		
お電話	（第１連絡先）　-　-　（第２連絡先）　-　-		

（1）本日はどのような交通手段で来院されましたか。

1、自分で車やバイクを運転して来院　2、その他（電車、バス、自転車、徒歩、家族の運転など）

（2）本日はどうなさいましたか。困っている症状をご記入下さい。

（3）それはいつからですか。→（　）前から

（4）その他、気になる症状があれば、○を付けて下さい。

・目が痛い　・目やにが出る　・目がかわく　・目が疲れる　・見えにくい　・まぶしい　・目がかゆい

・涙がでる　・目が充血する　・健康診断にて指摘された（　）

・コンタクトレンズについて相談したい　※コンタクトレンズの処方はおこなっておりません。

（5）メガネ、コンタクトはしていますか。（　はい　・　いいえ　）

メガネ（近視用　・　遠近両用　・　老眼鏡　・　その他）コンタクト（使い捨て　・　ハード　・　その他）

（6）現在かかっているご病気はありますか。（　ある　・　ない　）

・高血圧　・糖尿病　・前立腺肥大　・心臓病　・腎臓病　・肝臓病　・喘息

・その他（　）

（7）アレルギーはありますか。（　花粉症　・　食べ物　・　お薬の副作用　・　その他　・　なし　）

その症状　（　）

（8）目の手術はされていますか。（　いいえ　・　はい　）

・白内障　・緑内障　・その他（　）

（9）診療する先生のご希望はありますか。

・希望なし　・小島院長　・尾股副院長　・その他（　）

（10）女性の方のみお答えください。

現在、妊娠、授乳中でいらっしゃいますか。（　いいえ　・　はい（　ヶ月）　・　授乳中　）

ご協力ありがとうございました　**高萩さくら眼科**