

戸塚ヒロ眼科 問診票

フリガナ ()

お名前 () 男・女

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

〒 - TEL ()

ご住所 ()

※当院では、診察の前に視力と眼圧の検査をさせて頂いております。
(自覚の無い視力の変化や、合わないメガネ使用からの眼精疲労など 隠れた眼病を見つける為)

下記の中で当てはまる物には、○印をつけてください

1 来院の理由を教えてください。

- ①見えにくい ②かゆみ ③眼が赤い ④めやにが出る ⑤涙がでる
⑥はれている ⑦痛い ⑧眼の検診 ⑨コンタクト作成 ⑩メガネ作成

(A)右目 (B)左目 (C)両目

その他・詳しく (いつ頃から、どのようになった等)

()

2 コンタクトレンズの使用について。

- ①使った事がない ②昔は使っていた ③たまに使う
④普段は使っているが、今は入っていない
⑤現在、コンタクトが入っている

3 コンタクト使用経験のある方のみ。

- ①ハードレンズ ②ソフトの使い捨てでない物
③1日使い捨て ④2週間使い捨て
⑤その他 ()

4 今までかかった事のある眼の病気や体の病気・アレルギーを教えてください。

- ①特に無い ②糖尿病 ③心臓病 ④腎臓病 ⑤高血圧 ⑥結核
⑦喘息 ⑧食物アレルギー ⑨薬のアレルギー ⑩花粉症 ⑪アトピー ⑫眼の病気

その他・詳しく ()

5 アレルギー検査を希望しますか？ (はい ・ いいえ ・ 相談したい ・ 詳しく説明を聞きたい)

* 主要8項目の検査で、注射器を使わない、小さなお子様から可能な検査です。

6 血縁関係で下記の病気をされた方がいる場合。(分かる範囲で結構です)

- ①緑内障 ②色素変性症 ③斜視

7 現在通院・服用ある方のみ。

病名 ()

病院名 ()

(または科名)

お薬 ()

※お薬手帳をお持ちの方は、受付までお持ちください。

8 現在、妊娠中ですか？

- ①はい (妊娠 月) ②いいえ

8-II 現在、授乳中ですか？

- ①はい ②いいえ

9 アンケートにご協力ください。当院にかかれた、きっかけを教えてください。

- ①知人等の紹介⇒ どなたから 様 ②近所の為 ③インターネット ④タウンページ ⑤広告・看板

- ⑥このビルの他院に通院 ⑦家族がかかっている⇒ どなたですか？ 様 ⑧他医院から紹介