

ふりがな
名前 _____

生年月日
T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

住所 _____

電話番号(自宅) _____ (携帯) _____

●マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。 はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

●当院を何でお知りになりましたか。

知人 新聞・ちらし インターネット 看板 その他 (_____)

(1) 症状はどちらの目ですか？ (右 ・ 左 ・ 両)

(2) いつ頃から？ 今日 2-3日前 1週間前 その他 _____ 前から

(3) 本日特にお困りの症状 : 以下より 1~2つお選びください

- ここ数日で、見え方が悪くなっている 目が赤い かゆい めやに
見づらい (遠く・近く・かすみ・ぼやけ) 涙がでる ごろごろ
痛い かわく つかれる 腫れている 糸のようなものが見える
その他 (_____)

(4) 目の通院歴はありますか？

なし あり 白内障 緑内障 その他 (_____)

(5) 目の手術歴はありますか？

なし あり 白内障 緑内障 その他 (_____)

(6) これまで、または現在治療している病気はありますか？

なし あり 糖尿病・高血圧・高脂血症・その他(_____)

(7) 市販薬も含め、現在使用中の目薬がありますか？

緑内障 白内障 ドライアイ その他(_____)

(8) お薬や食べ物でアレルギー(発疹・気分不良)が起きたことはありますか？

薬アレルギー: なし あり お薬の種類(_____)

(9) 本日コンタクトレンズを装用されていますか？ あり なし

* 現在、妊娠中または授乳中の方はお知らせください。

※紹介状をお持ちの方は、問診票と一緒に受付スタッフにお渡しください。