

もりむら眼科 問診票

平成 年 月 日

ふりがな ()	ご職業 _____
お名前 _____	男 ・ 女
生年月日 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 (年 月 日)	
郵便番号 〒 _____	電話番号 () - _____
	携帯番号 () - _____
ご住所 _____	

- 1、院長が以前、診察あるいは手術を行ったことがある (はい ・ いいえ)
- 2、どちらの目の具合が悪いですか? (両目 ・ 右目 ・ 左目)
- 3、症状はいつからですか? (日前〜 ・ 月前〜 ・ 年前〜)
- 4、本日の来院理由は

①見えにくい ②目がかゆい ③目やに ④目が痛い ⑤充血 ⑥飛蚊症

⑦かすみ ⑧物がゆがんで見える ⑨涙が出る ⑩眼鏡を作りたい ⑪外傷

⑫人間ドック、健診で異常を指摘された

⑬その他 ()

⑭コンタクト処方希望 (1Day ・ 2week ・ ハード) (SEED ・ J&J)

※コンタクト処方希望の方へ・・・

当院では基本的にコンタクト処方箋のみお渡しはしていません。

5、本日コンタクト装用 (あり(ソフト・ハード)[メーカ名] ・ していない)

6、今までに目の病気をされたことがありますか? はい ・ いいえ
はいとお答えの方・・・ (病名: 緑内障 ・ 白内障 ・ その他)

7、今現在、他の眼科で治療中ですか? はい ・ いいえ
はいとお答えの方・・・ (病院名: 薬:)
以前受けられた手術 (白内障手術 (右・左) ・ その他 ())

8、以下の病気にかかったこと、もしくは現在治療中のご病気はありますか?
糖尿病 ・ 高血圧 ・ ぜんそく ・ 心臓病 ・ その他 ()

9、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか? はい ・ いいえ
はいとお答えの方・・・ (薬品名: 食べ物:)

10、妊娠の可能性はありますか? はい ・ いいえ

11、当院を何でお知りになりましたか? (なるべく御記入をお願い致します。)

他院の紹介(医療機関名:) 知人の紹介(お名前:)
当院スタッフの知人 () 当院ホームページ ・ 駅の看板 ・ 自宅から近い ・ 職場に近い ・ 通りがかり ・ その他 ()

12、当院からの連絡を郵便などでお送りさせてよろしいですか (はい・いいえ)