

問 診 票

年 月 日

フリガナ 男 明 大
氏 名 女 昭 平 年 月 日 生まれ (歳)
〒 ー

住所 電話番号 ()

コンタクトを装用されていますか？[はい、いいえ] 眼鏡をお持ちですか？[はい、いいえ]

(1) ご来院の目的を教えてください

① 目の問題 [右眼・左眼・両眼] いつから： _____

症状： _____

② 検査の目的 ・白内障検査 ・緑内障検査 ・眼底検査 ・アレルギー検査

・その他： _____

③ 眼鏡の処方せんの作成、コンタクトの処方

(2) 今までにかかった、目の病気はありますか？ [ない、ある]

→白内障、緑内障、糖尿病網膜症、網膜剥離、黄斑変性

その他 [_____]

(3) 今までにかかった、からだの病気はありますか？ [ない、ある]

→高血圧、糖尿病、喘息、心臓病、腎臓病、脳梗塞、がん[_____]、前立腺肥大症

その他 [_____]

(4) 今までに手術を受けたことはありますか？

ない、ある [_____]

(5) 現在使用中のお薬はありますか？

ない、ある [_____]

(6) 今まで体に合わなかったお薬はありますか？ ない、ある [_____]

(7) 家族で病気を持っている方はいますか？ [いない、いる]

→白内障、緑内障、黄斑変性、糖尿病、高血圧、心臓病、脳梗塞、がん[_____]

その他 [_____]

女性の方のみ、お答えください。

・妊娠中ですか？ [いいえ、はい、可能性あり] ・授乳中ですか？ [いいえ、はい]

(8) 当院をお知りになった理由を教えてください (複数回答可)

紹介 [知人 家族 他の医院から (医院名 _____)]

広告 [ホームページ バスアナウンス 看板 タウンニュース 川崎ドクターズ]

その他 [_____]