

# 診察申し込み・問診票

あてはまるところに○をつけてください。\_\_\_\_\_には具体的にご記入をお願いします。

(ふりがな)									
お名前	_____					男		女	
生年月日	大正	昭和	平成			年		月	日
郵便番号	〒		—			電話番号 (ご自宅)	_____		
ご住所						(携帯)	_____		

## 1. 本日はどうなさいましたか？

- ① 眼科を受診するように言われた (人間ドック、学校、その他)
- ② 眼鏡合わせ希望 (初めて、度数が合わなくなった)
- ③ コンタクトレンズ合わせ希望 (初めて、経験あり)
- ④ 眼の調子がよくない

★どちらの目ですか？ (右眼、左眼、両目、わからない)

★いつごろからですか？ \_\_\_\_\_から

★どうされましたか？

赤い、目やに、乾く、かゆい、痛い、腫れる、見えにくい  
その他 \_\_\_\_\_

★本日は視力検査を希望されますか？ (はい、いいえ)

(眼の状態によっては、ご希望に添えない場合があります)

## 2. 眼鏡、コンタクトレンズを使用していますか？ (はい、いいえ)

## 3. これまでに目の病気、手術をされたことがありますか？

(いいえ、はい→白内障、緑内障、その他 \_\_\_\_\_)

## 4. 現在使用中のおくすりはありますか？ (いいえ、はい 薬品名→ \_\_\_\_\_)

## 5. これまでにくすりや食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

(いいえ、はい→原因となったもの \_\_\_\_\_)

## 6. 当クリニックに来院されたきっかけを教えてくださいませんか？

家族の紹介    知人の紹介    他の医療機関からの紹介    近くだから  
電話帳        ホームページ    その他 \_\_\_\_\_

ご記入ありがとうございました  
こぎし眼科クリニック