

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 令和 西暦 _____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？ ①～⑤からお選びいただき、ご記入ください。

① 眼の調子がよくない

★どちらの目ですか？ (右目、左目、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 _____

② 眼科を受診するように言われた (学校検診、ドック、その他 _____)

完全予約制

③ 眼鏡合わせ希望 (初めて、度数が合わなくなった)

④ コンタクトレンズ合わせ希望 (初めて、経験あり)

⑤ ①～④以外 _____

2. これまでに目や体の病気にかかったことはありますか？

(いいえ、はい→ _____)

3. いま内服しているお薬、目薬はありますか？

(いいえ、はい→どのようなお薬ですか？ _____)

4. これまでにお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 _____)

5. 女性の方へ 現在、妊娠または授乳中ですか？ (いいえ、はい)

6. 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

家族・知人の紹介 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