

問診票

クリニック使用覧
お薬手帳 あり なし
保険証返却

お名前	ふりがな	男 女	生 年 月 日				
			西暦 大正 昭和 平成 令和	年	月	日 (才)	
ご住所	〒						
ご連絡先	携帯	-	-	ご自宅	-	-	

以下の質問について、あてはまる項目を○で囲むか、□に✓をご記入ください。

今日はどうされましたか？	症状が	<input type="checkbox"/> ものが見えにくい	<input type="checkbox"/> 目がかゆい	<input type="checkbox"/> 目が赤い	
	ある目は	<input type="checkbox"/> 目やにが出る	<input type="checkbox"/> 目が痛い	<input type="checkbox"/> 目が乾く	
	<input type="checkbox"/> 両目	<input type="checkbox"/> 涙が出る	<input type="checkbox"/> 目がコロコロする	<input type="checkbox"/> 目が疲れる	
	<input type="checkbox"/> 右目	<input type="checkbox"/> 虫が飛んで見える	<input type="checkbox"/> ゆがんで見える	<input type="checkbox"/> 二重に見える	
	<input type="checkbox"/> 左目	<input type="checkbox"/> 目の検診	<input type="checkbox"/> メガネ処方希望	<input type="checkbox"/> コンタクト希望	
		<input type="checkbox"/> その他()			
上記の症状はいつごろからありますか？	(日 前 ヵ月前 年前) から / 才頃 から				
目の病気や手術を されたことがありますか？	いつごろ() 病院名() どのような病気(手術) ()				
ご家族で目の病気の方がいますか？	<input type="checkbox"/> はい (病名) <input type="checkbox"/> いいえ				
現在、目薬を使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい → 目薬の名前がわかればご記入ください <input type="checkbox"/> いいえ () 目薬の種類：(白内障・緑内障・ドライアイ・他)				
普段メガネまたはコンタクトレンズを 使用していますか？	<input type="checkbox"/> メガネ (遠用・遠近両用・老眼鏡) <input type="checkbox"/> コンタクト： <input type="checkbox"/> ソフト (1day・2week・他) <input type="checkbox"/> ハード				
今までにかかった または治療中の 病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 他() かかりつけ医院・病院()				
現在、何か飲み薬を飲んでいませんか？	<input type="checkbox"/> はい → お薬の名前がわかればご記入ください <input type="checkbox"/> いいえ ()				
今まで薬や食べ物、その他で アレルギーはありましたか？	<input type="checkbox"/> はい → 具体的にご記入ください <input type="checkbox"/> いいえ ()				
女性の方で該当する方はご記入ください	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (妊娠 ヵ月) <input type="checkbox"/> 授乳中				
本日このあと、車・バイク・自転車の 運転の予定はありますか？	<input type="checkbox"/> はい (車 ・ バイク ・ 自転車) <input type="checkbox"/> いいえ				
投薬に関してご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> できるだけ後発品(ジェネリック)希望 <input type="checkbox"/> 先発品希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい				

ご記入ありがとうございました