

問診表

北川眼科クリニックふたわ

記入日

年 月 日

ふりがな							
氏名							
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	年齢		才
住所	〒		電話(自宅)	()局	—		
勤務先名			電話(勤務先)	()局	—		

(1) 眼について今日はどうなさいましたか。あてはまるものを○で囲んでください。

(イ) 眼が痛い (右眼・左眼・両眼) (眼の周り・眼の表面・眼の奥)

(ロ) 見えにくい (右眼・左眼・両眼) (遠く・近く・両方)

(ハ) 眼が乾く (右眼・左眼・両眼) (ニ) 眼がかゆい (右眼・左眼・両眼)

(ホ) 眼が疲れる (右眼・左眼・両眼) (ヘ) 眼が充血する (右眼・左眼・両眼)

(ト) 眼やにが出る (右眼・左眼・両眼) (チ) 涙が出る (右眼・左眼・両眼)

(リ) 黒い物が飛んで見える (右眼・左眼・両眼)

(ヌ) 物が二重に見える (右眼・左眼・両眼)

(ル) 健康診断で()といわれた

(ヲ) メガネ、コンタクトレンズを作りたい

(ワ) その他 具体的にお書きください()

以上のようなことが _____ 日前からある

(2) 今までに眼の病気にかかったことが (ある ・ ない)

「ある」とお答えの方 病名 ()

(3) お身内で眼の病気の方が (いる ・ いない)

「いる」とお答えの方 病名 ()

(4) 現在かかっている病気はありますか。あてはまるものを○で囲んでください

・高血圧 ・糖尿病 ・高脂血症 ・心臓病 ・不整脈 ・胃／十二指腸潰瘍 ・喘息 ・鼻炎

・その他()

(5) 今までにアレルギー体質と言われたことが (ある ・ ない)

(6) アレルギー検査を(希望する ・ 相談したい ・ 希望しない)

(7) 今までにくすりや注射で具合が悪くなったことが (ある ・ ない)

「ある」とお答えの方 (薬剤名:)

(8) 妊娠している、またはその可能性がありますか (ある ・ ない)

「ある」とお答えの方 (ヶ月)

初めて来院される方へ

当院をどのようにしてお知りになりましたか。あてはまるものを○で囲んで下さい。

・お知り合い (ご家族、ご友人)からの紹介
(お差支えなければご紹介者のお名前:)様)

・駅看板を見て()駅 ・電話帳を見て・ホームページを見て

・その他()