

問 診 票

SCAN

保険証

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女	
氏 名		生年月日	大・昭・平	年 月 日 (歳)
住 所	〒	電 話	自宅	()
Email			携帯	()

1. 今日はどうなさいましたか？ あてはまるものにすべて✓をつけてください。特に気になる症状には○をしてください。（□両眼 □右眼 □左眼）：いつ頃から症状がでましたか？（ ）頃から

- 見えにくい かすむ 遠くが見づらい 近くが見づらい 部分的に見づらい 歪んで見える
涙がでる まぶしい 瞼の痙攣 まぶたが腫れた 黒目が白い 何か入った ぶつけた
眼が痛い 眼がかかわく 眼がつかれる ごろごろする 眼がかゆい 眼が赤い めやにが多い
ごみのようなものが飛んで見える ものが二重に見える 逆さまつ毛 まぶたが下がった
眼鏡を作りたい コンタクトレンズを作りたい 手術相談/希望 眼底検査希望
学校・3歳時検診後、眼科受診指示 高血圧・糖尿病により、眼科受診指示
健康診断後、視神経乳頭陥凹拡大を指摘 健康診断後、その他（ ）
その他 具体的にお書きください（ ）

2. 今まで眼鏡やコンタクトレンズを使用していましたか？

- 何も使用していない 眼鏡を使用している〔遠くを見る時に 新聞等を読む時に 遠近両用〕
コンタクトレンズを使用している〔ソフト ハード 使い捨てレンズ〕

3. 今までに目の病気にかかった事や治療・手術を受けたことはありますか？

- いいえ はい（どんな病気でしたか： ）

4. 現在治療中の病気はありますか？

- いいえ 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 喘息 アトピー 胃・十二指腸潰瘍
その他（ ） ◆現在使用中の薬はありますか？薬剤名（ ）

5. 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？

- いいえ はい（薬剤名・食品名： ）

6. タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う 過去に吸っていた（1日 本、約 年間）

7. お酒は飲みますか？ 飲まない 飲む（種類、 1回 杯、毎日 時々 月2～3回）

8. 妊娠していますか？ いいえ はい（妊娠 ヶ月） 可能性あり 授乳中

9. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- 知人・家族（ ）さまの紹介 他院の紹介（ ） 看板 鴻巣免許センター
電話帳 家が近い インターネット検索 Facebook クッキーズ 学校・保育園・幼稚園の紹介
コンタクト店の紹介 メガネ店の紹介 薬局の紹介 久喜三田会/稲門会 その他（ ）

10. ご興味あるものがありますか？ アレルギー原因の血液検査（保険） 緑内障早期発見（保険）

- 点眼による近視進行抑制 オルソケラトロジー（近視進行抑制・治療） 皮膚美容（自費）

久喜かわしま眼科