記入日　　年　月　日

# 診療申し込み・問診票

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | 生年月日 | 大正 昭和 平成 西暦　　年　月　日（　歳） |
| お名前 | 様　男・女 | | |
| ご住所 | 〒　－ | ご職業 | |
| お電話 | （ご自宅）　－　－　（携帯等）　－　－ | | |

※ 他院入院中の方、業務中・学校管理下・事故に起因する受診の方は必ずお申し出ください。

| | |
|---|---|
| この度は、**どのような症状**で来院なさいましたか？<br><br>○をお願いいたします。<br><br>複数の症状がある場合、最も気になる症状に◎をお願いいたします。 | （ 右 ・ 左 ・ 両方 ） の （ 目 ・ まぶた ）<br>日前から　週前から　ヶ月前から　年前から<br>1）目ヤニが出る　2）充血する　3）痛い　4）かゆい　5）腫れている<br>6）見えにくい　7）ゆがんで見える　8）光が見える<br>9）飛蚊症（黒いものが飛ぶ）　10）ゴロゴロする　11）乾く<br>12）疲れる　13）涙が出る　14）ゴミが入った<br>15）白内障検診　16）緑内障検診　17）学校検診　18）眼鏡を作りたい<br>19）その他（　） |
| | 20）コンタクトレンズを作りたい　※ 目の状態等により、処方できない場合もございます<br>ご経験（ 現在も装用中 ・ 以前装用していたが中止していた ・ 全く初めて ）<br>ご希望（ 使い捨てソフト ・ ソフト ・ ハード ）製品名（　）<br>装用時間（ 1日　時間程度 ・ 必要な時のみ短時間 ） |
| 上記の症状のことで、現在、**他の眼科を受診中**でいらっしゃいますか？ | いいえ ・ はい（時期　頃）<br>※受診中の眼科名（　）処方された薬品名（　） |
| かかったことのある**病気や服用中のお薬は**ございますか？ | ない ・ 高血圧 、糖尿病 、高脂血症 、腎臓病 、心臓病 、肝臓病 、脳梗塞 、喘息、前立腺肥大 、その他（　）<br>※受診の病医院名（　） 服用中の薬品名（　） |
| **薬・食物・検査アレルギー**を起こしたことがございますか？ | ない ・ ある（薬品・食物・検査名：　） |
| 当院をお知りになった**きっかけ**は？ | ご紹介（　様） ・ ホームページ ・ 折込広告 ・ 看板 ・ 通りすがり ・ その他（　） |

女性の方のみ、お答えください。

現在、妊娠・授乳中でいらっしゃいますか？（ いいえ ・ はい（　ヶ月） ・ 授乳中 ）

はる眼科クリニック