

問診票

ふりがな		職業	
氏名	男 女	TEL (自宅)	
		TEL (携帯)	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月
住所	〒		

★ 最近 37.5 度以上の発熱がありましたか？ ない あった (いつ頃？)

(1) どちらの目の具合が悪いですか？ 左眼 ・ 右眼 ・ 両眼

(2) どのような症状ですか？ご来院の目的は？(複数回答可) WEB 予約問診で記入済

① 見えにくい ② かゆい ③ 目が赤い ④ 目やに ⑤ 目が痛い ⑥ 涙が出る ⑦ 目がかわく
 ⑧ 物がかすんで見える ⑨ 目が疲れる ⑩ コロコロする ⑪ ものが入った
 ⑫ メガネ・コンタクトレンズを作りたい ⑬ 詳しい目の検査希望 ⑭ オルソケラトロジー相談
 ⑮ 検診結果より(3 歳児検診 ・ 学校 ・ 健康診断) ⑯ その他()

(3) その症状はいつからですか？ ()

(4) (2)で「⑫メガネ・コンタクトレンズを作りたい」とお答えいただいた方へ
 ※ 眼鏡 -処方箋、コンタクトレンズの処方箋は予約制です。ご予約なしの方は次回来院時の処方となります。
 眼鏡希望 (初めて ・ 作ったことがある)(遠くを見るため ・ 遠近希望 ・ 老眼鏡 ・ 他____)
 コンタクトレンズ希望 (初めて ・ 経験あり) ※コンタクトレンズ処方箋のみの発行は行っておりません。

(5) 今までに目の病気・手術をされたことがありますか？ はい ・ いいえ
 「はい」とお答えの方… 病名 () 左眼 ・ 右眼 ・ 両眼

(6) 今までに下記の病気にかかったことはありますか？または現在治療中の病気はありますか？
 ない ある… 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ ぜんそく ・ 脳梗塞 ・ 腎臓病
 他()

(7) 現在常用中の内服薬および外用薬はありますか？ はい ・ いいえ
 「はい」とお答えの方… 薬品名()
 ※お薬手帳を持参されている方は、受付にご提示をお願いします。 お薬手帳参照

(8) 薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？ ある ・ ない
 「ある」とお答えの方… 薬剤名・食品名()

(9) 本日はお車を運転されてご来院されましたか？ はい ・ いいえ

(10) 女性の方へお聞きします。 現在妊娠中または授乳中ですか？ はい ・ いいえ

マイナ保険証による診療情報取得について 同意する

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。



かわさき眼科

ご記入ありがとうございます。受付までこの問診票をご提出いただき、診察・検査までしばらくお待ちください。