

問診票

お手数ですが記入を宜しく
お願いします。

フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
お名前						
ご住所	〒 -	電話番号		-	-	

●本日はどのような事がお困りでご来院されましたか？

コンタクトレンズは？	つけていない ・ つけている
どちらの目ですか？	右目 ・ 左目 ・ 両目
どうされましたか？	赤い・めやに・痛い・ころころする・かゆい・疲れる・はれている・涙が出る 黒いものが飛ぶ・ショボショボする・ゴミが入った・逆まつげ・見えにくい 二重に見える・ぶつけた・まぶしい・ゆがんで見える・検診・紹介された コンタクト、眼鏡の相談・その他（ ）
いつからですか？	今日から ・ 日前から ・ 週前から ・ ヶ月前から ・ 徐々に
今まで目の病気、 手術をされたことは ありますか？	ない・ある（時期： 病名： 病院・医院名： ）
かかりつけの病院・ 医院はありますか？	ない・ある（病院・医院名： ）
次のような病気は ありますか？	ない・ 糖尿病・高血圧・心臓病・脳疾患・肝臓病・腎臓病・膠原病・アトピー ぜんそく・花粉症・その他（ ）
現在使用されている お薬はありますか？	ない・ある（お薬の名前： ）
今まで薬や食べ物 でアレルギーはあ りましたか？	ない・ある（薬、食べ物： ）
当院をどのように お知りになりました か？	知人・家族からの紹介、看板、インターネット、新聞広告、通りすがり 近所にお住まい、シンフォニア御池の他科を受診中、他院からの紹介 その他（ ）

★治療や造影検査が必要な女性の方で、現在妊娠中の方はお申し出ください。

シンフォニア御池
にしじま眼科