

《 問 診 票 》

問診票入力

一号紙確認

スキャナー

フリガナ	明治・大正・昭和・平成・令和
お名前	男・女 年 月 日生 (歳)
住所	
電話番号	

本日、紹介状はお持ちですか。 はい (紹介元 : _____)
 いいえ

今、コンタクトレンズを装着していますか。 はい いいえ (普段は使っている)

① 本日はどうされましたか。

- 右目 左目 両目
 かすむ (遠くが 近くが) 痛い かゆい 赤い 乾く
 ゴロゴロする 黒いものが飛んで見える 目が疲れる 目やにが出る
 眼鏡を作りたい コンタクトレンズを作りたい (初めて)
その他 : _____

② いつ頃からですか。(症状ある方のみ) 症状は悪化している
 症状は悪化していない

③ 今まで (または現在かかっている) **目の病気** がありますか。

- ない
 かかっていた → 病院名 : _____
病名 : _____
 今もかかっている → 薬の名前 : _____

今まで受けた目の手術歴 (手術名・いつ) を教えてください。

④ 今までに (または現在かかっている) **全身の病気** がありますか。

- ない
 かかっていた → 病院名 : _____
病名 : 糖尿病 高血圧 心臓疾患 リウマチ
 今もかかっている → その他 : _____

今、飲んでいる薬はありますか。

- ない ある → 薬の名前 : _____

⑤ ご家族の (現在かかっている) 病歴について、教えてください。

- ない
 かかっていた → 病名 : 糖尿病 高血圧 心臓疾患 リウマチ
その他 : _____ 緑内障
 今もかかっている →

⑥ アレルギーはありますか。

- ない ある → 花粉症 アトピー 喘息 その他 : _____

⑦ 今までに薬・注射などで気分が悪くなったことはありますか。

- ない ある → 薬の名前など : _____

⑧ 女性の方へ 現在、妊娠中または授乳中ですか。 はい いいえ

⑨ 何を見て来院されましたか。

- 知人/家族からの紹介 (紹介者 : _____) ホームページ 看板 チラシ
 コンタクトレンズ店からの紹介 その他 (_____)

⑩ 本日、お車 (運転手) で来院されましたか。 はい いいえ

ご記入ありがとうございます。

あい練馬眼科