

【問診表】 よりの確に効率良く診療を行う目的で、以下のご質問にお答えください。患者様の個人情報は医療法に基づき完全に保護され、患者様への診療目的以外への利用は致しません。

ふりがな	生 年 月 日	性別	ご連絡可能な お電話番号
お名前	T・S・H・R 年 月 日 (歳)	男・女	(1) (2)
ご住所	〒 -		

〔電話番号〕 緊急時及び転居時等に当院よりご連絡をさせていただく事がございます。ご記入をお願いいたします。

来院手段について： 徒歩 地下鉄 バス 車 自転車 その他

当院をどのようにしてお知りになりましたか？（複数回答可）

ご紹介（知人・家族・他院） 看板（西新駅 藤崎駅 高取商店街 西新商店街）

ホームページ SNS 地域情報誌（マイタウン 商店街MAP Fukuoka Now） その他

1. 本日のご来院の目的について（あてはまる項目に ○ をしてください）

- ① 目に不具合や不安、または検査希望 ② メガネ処方 ③ コンタクトレンズの検査、相談や処方

2. 眼鏡、コンタクトレンズ使用の有無について

眼鏡使用 コンタクトレンズ使用（メーカー名）

3. あてはまる症状すべてに ○ 、特に気になる症状には ◎ をつけてください

（両・右・左）充血、目が赤い （両・右・左）目やに （両・右・左）なみだ目 （両・右・左）乾き目
（両・右・左）かゆい （両・右・左）痛い （両・右・左）まぶたの腫れ （両・右・左）異物感
視力低下（遠く、近く、遠近とも） 目の疲れ 頭痛 肩こり （両・右・左）ゴミが飛んで見える
ものが二重に見える（片眼・両眼） その他

4. 上記の症状はいつ頃からでしょうか？

今日 昨日 （ 日・ヶ月・年）前から

5. 治療中および過去にかかった病気はありますか？

白内障 緑内障 網膜疾患 高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 膠原病 特になし

その他 現在使用中の薬

6. アレルギーはありますか？

あり： 薬剤 花粉症 CL 鼻炎 アトピー 喘息 特になし

検査希望（詳細はお尋ねください） その他

7. 生活状況につきお答えください

忙しい ストレスあり コンピュータ作業が長い（ 時間） 睡眠不足

8. 女性の方にお伺いします

妊娠されていますか？ いいえ はい （ 週） 現在授乳中ですか？ いいえ はい

9. 症状や病状はなくても、気になる目の病気はありますか？

白内障 緑内障 加齢黄斑変性 強度近視 その他

10. ご家族で目の病気の方がいらっしゃいましたらご記入ください