

アイクリニック大井町 問診票 平成 年 月 日

フリガナ		ご職業	_____
お名前	( 歳 )	男 ・ 女	
郵便番号	〒 -	電話番号	( ) -
		携帯番号	( ) -
ご住所	_____		

- 1、どちらの目の具合が悪いですか？( 両目 ・ 右目 ・ 左目 )
- 2、症状はいつからですか？ ( 日前～ ・ 月前～ ・ 年前～ )
- 3、本日の来院理由は  
見えにくい・かゆい・目やに・痛い・充血・飛蚊症・二重に見える・涙・眼鏡  
ゆがんで見える・まぶたが腫れた・健診・乾く  
その他 ( )  
コンタクト処方希望 (1Day・2week・ソフト・ハード) (希望メ-カ名: )  
今までにコンタクトレンズの使用経験はありますか？ はい ・ いいえ
- 4、本日コンタクト装用 (あり(ソフト・ハード) [メ-カ名 ]・していない )  
[度数 右 左 ]
- 5、今までに目の病気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: いつ頃 )
- 6、今現在、他の眼科で治療中ですか？ はい ・ いいえ  
はいとお答えの方・・・(病院名: 薬: )
- 7、以下の病気にかかったこと、もしくは現在治療中のご病気はありますか？  
糖尿病 (HbA1c %) ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ アトピー  
その他 ( )
- 8、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ  
はいとお答えの方・・・(薬品名: 食べ物: )
- 9、本日はお車・バイクで来院ですか？ はい ・ いいえ
- 10、女性の方のみお答えください  
妊娠中ですか？ はい ・ いいえ 授乳中ですか？ はい ・ いいえ
- 11、診察に何かご希望はございますか？
- 12、当院を何でお知りになりましたか？ (なるべく御記入をお願い致します。)  
他院の紹介 (医療機関名: )  
知人の紹介 (お名前: ) 当院スタッフの知人 ( )  
当院ホームページ ・ スマートフォンホームページ ・ iTタウンページ  
電車広告 ・ 駅の看板 ・ バスのアナウンス ・ タウンページ ・ 自宅から近い  
職場が近い ・ 通りがかり ・ その他 ( )