

受付 平成 年 月 日

## みやび眼科問診票

下記について記入、または○で囲んでください。もしご不明な点がありましたら受付でお聞きください。

ふりがな	男 女	大正	昭和	年	月	日生
お名前		生年月日	平成	( )	才	
ご住所 〒	自宅電話番号					
	携帯電話番号					
勤務先						

本日の眼の症状を教えてください。

1) どちらの眼ですか？ (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)

2) どのような症状ですか？

- ①見えない ②かすむ ③二重に見える ④赤い(充血している) ⑤目やにが出る ⑥かゆい ⑦痛い  
⑧涙が出る ⑨目が乾く ⑩ごろごろする ⑪まぶしい ⑫黒い点が見える(何か飛んでいるように見える)  
⑬メガネをつくりたい ⑭コンタクトをつくりたい ⑮その他 ( )

3) いつ頃からですか？ ( )

4) 今まで目の病気をされたことがありますか？

ない ある(病名 ) (いつ頃からですか？ )

5) 今までにお薬で具合が悪くなったことはありますか？ ①ない ②ある ③わからない

6) これまでに次のような病気になったことがありますか？

当てはまるものすべてにチェックをつけて下さい。

- ①高血圧 ②糖尿病 ③リュウマチ ④腎臓疾患 ⑤心筋梗塞 ⑥狭心症 ⑦不整脈 ⑧喘息 ⑨花粉症  
⑩その他 ( )

7) どんなお薬を飲まれてますか？ または使われていますか？ いいえ はい

名前が分かればご記入ください。( )

\*もし、お分かりにならない場合にもどのようなお薬かご記入ください。例：高血圧の薬、糖尿病の薬など

8) 女性の方にお伺いします

妊娠中、授乳中ですか？ いいえ はい ( か月)

9) 当院を何でお知りになりましたか？

- ①知人の紹介 ②通りがかり ③看板広告 ④インターネットで ⑤以前(江見眼科のころ)から知っていた

\*「お薬手帳」、「糖尿病手帳」のような病気に関係するお手帳をお持ちの方は受付窓口で提出をお願いいたします。

ご協力ありがとうございました。