


問診票 NO. (/ /) 初・再

ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日	大正	昭和	平成	年齢
氏名				年	月	日	才
住所	(〒 -)	体重(小児のみ)		kg			
連絡先	(携帯)	(自宅)					

●どんな症状がありますか？(複数チェック可)

<input type="checkbox"/> 右眼	<input type="checkbox"/> 左眼	<input type="checkbox"/> 両眼					
<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 目が赤い	<input type="checkbox"/> 目やに	<input type="checkbox"/> かあく	<input type="checkbox"/> 涙目			
<input type="checkbox"/> かゆい	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> 異物感				
<input type="checkbox"/> その他	[]						

●その症状はいつごろからですか？

<input type="checkbox"/> 今日から	<input type="checkbox"/> ()日前から	<input type="checkbox"/> ()週間前から	<input type="checkbox"/> その他 ()
-------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

●過去に白内障手術 または レーシックをされたことがありますか？

<input type="checkbox"/> 白内障	<input type="checkbox"/> レーシック	<input type="checkbox"/> その他の眼手術	<input type="checkbox"/> なし
------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------

●コンタクトレンズを使用していますか？

<input type="checkbox"/> はい	➔	<input type="checkbox"/> ソフトレンズ	<input type="checkbox"/> 1day	<input type="checkbox"/> 1week	<input type="checkbox"/> 2week
<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> ハードレンズ	<input type="checkbox"/> 1month	<input type="checkbox"/> 3month	

●当院で、コンタクトレンズ処方を希望されますか？

<input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ

※当院取り扱いのコンタクトレンズのみで処方となります。
※当日お渡しできる在庫に限りがございます。
あらかじめご了承ください。

●現在治療中の病気、または以前大きな病気にかかれた事がありますか？

《はい》の場合は具体的にお答えください。例⇒糖尿病・高血圧・ぜんそく・白内障・緑内障・網膜剥離など

<input type="checkbox"/> はい	➔	時期	病名
<input type="checkbox"/> いいえ			

●現在飲んでいるお薬はありますか？

<input type="checkbox"/> はい	➔	薬剤名(お薬手帳を見せていただければ、ご記入不要です。)
<input type="checkbox"/> いいえ		

●アレルギーはありますか？

<input type="checkbox"/> はい	➔	アレルゲン(合わないお薬・食べ物・生き物・花粉・ハウスダストなど)
<input type="checkbox"/> わからない		
<input type="checkbox"/> いいえ		

●《女性のみ》現在妊娠されていますか？

●《女性のみ》現在授乳されていますか？

<input type="checkbox"/> はい	➔	妊娠	週
<input type="checkbox"/> わからない			
<input type="checkbox"/> いいえ			

<input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ

●ひまわり眼科をどちらでお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> ご紹介()様 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ホームページ以外の医療機関サイト	<input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 神奈川ひまわりクリニック
--	---