土屋眼科医院　問診票

以下は診療に必要な事柄ですのでご協力下さい。尚、ご記入頂いた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用致します。　　年　　月　　日(　　)

ふりがな		性別	生年月日	T S H　　年　　月　　日生(　　歳)
お名前	様	男 女	電話番号	ご自宅 / 携帯電話
ご住所	〒			

※緊急時の連絡及び転居等の際に当院よりご連絡させていただく事がございます。携帯電話の記入の程お願いいたします。

◇主訴にあたる項目の □ に✔を、最も気になるものには〇を記入してください。(両=両目/左=左目/右=右目)

- □ 目の疲れ(両・左・右)
- □ 目が痛い(両・左・右)(表面・奥)
- □ 黒い点、線が飛んで見える(両・左・右)
- □ 視力低下(両・左・右)(遠く、近く、遠近とも)
- □ 外傷(両・左・右)
- □ 健診結果で来院
- □ メガネ処方
- □ 目が赤い(両・左・右)
- □ 目がかゆい(両・左・右)
- □ 目やに(両・左・右)(色:　　)
- □ なみだ目(両・左・右)
- □ 乾き目(両・左・右)
- □ 異物感(両・左・右)
- □ その他(両・左・右)(　　)
- □ まぶたが赤い(両・左・右)
- □ まぶたがかゆい(両・左・右)
- □ まぶたが痛い(両・左・右)
- □ まぶたの腫れ(両・左・右)
- □ さかさまつげ(両・左・右)
- □ コンタクトレンズ購入(両・左・右)(ハード、使い捨て(1日、2週間))

※コンタクトレンズは診察に伴う院内交付の形でご購入頂けます。

◇症状は、いつ頃からですか？( )内にご記入ください。

本日、(　　)日前、(　　)ヶ月前、(　　)年前、不明

◇上記症状で、他の医療機関を受診されましたか？(はいの方は( )内もご記入ください。)

いいえ
はい(医療機関名：　　/時期：　　/処方薬：有(　　)・無)

◇今まで、目の病気をされたことがありますか？(はいの方は( )内もご記入ください。)

いいえ
はい(医療機関名：　　/どんな病気でしたか？　　/時期：　　)

◇今まで、目の手術をされたことがありますか？(はいの方は( )内もご記入ください。)

いいえ
はい(医療機関名：　　/どんな手術でしたか？　　/時期：　　)

◇現在、治療中の疾患がありますか？(はいの方は( )内もご記入ください。)

いいえ
はい(医療機関名：　　/病名：　　/時期：　　)

◇下記の疾患の既往はありますか？ある方は当てはまるものに〇を付けてください。

高血圧、糖尿病、高脂血症、血液疾患、気管支喘息、アトピー、膠原病、心臓病、甲状腺疾患

◇アレルギーはありますか？(はいの方は( )内もご記入ください。)

いいえ
はい(　花粉、ハウスダスト、食物、薬、その他(　　))

◇ご使用中のメガネや、コンタクトレンズがあれば以下にご記入下さい。

メガネ(　　)
コンタクトレンズ(ハード、ソフト、使い捨て/ 品名　　/ 度数 右　　左　　)

◆現在、妊娠の可能性がありますか？ 又は、授乳中ですか？ 【女性の方のみ】

妊娠の可能性がある(　　週)　・　授乳中　・　どちらでもない

◆当院を何でお知りになりましたか？【初めての方のみ】

ホームページ　紹介(家族,友人,他院)　看板(駅,電信柱)　自宅が近い　職場が近い　通りがかり　その他

ご協力ありがとうございました。

ver. 1.1