【問診票】　より的確に診療を行う目的で以下の質問にお答えください。　□

患者さんの個人情報は医療法に基づき完全に保護され、診療目的以外の利用は致しません。

フリガナ		生年月日	性別	ご連絡可能なお電話番号
お名前		大正・昭和・平成・令和 年　月　日（　才）	男・女	自宅　－　－ 携帯　－　－
ご住所	〒　－		**出生時** （未熟児・早期産・正常） ※お薬の処方に関わる場合があります	

1.**本日メガネはお持ちですか？　はい　・　いいえ（家にある　・　持っていない）**

2.**本日の来院の目的を選んでください。**（□にレ点を入れてください）

□ メガネを新しく作りたい　　□ コンタクトレンズの処方　*※処方箋の発行はしておりません*

□ 目やに【右・左】(いつから　　)　□ まぶたの腫れ【右・左】　(いつから　　)

□ 充血　【右・左】(いつから　　)　□ 異物感【右・左】　(いつから　　)

□ 涙目　【右・左】(いつから　　)　□ 視力低下【近く・遠く】　(いつから　　)

□ 乾き目【右・左】(いつから　　)　□ ゴミが飛んで見える【右・左】　(いつから　　)

□ かゆい【右・左】(いつから　　)　□ ものが二重に見える【両眼・片眼】(いつから　　)

□ 痛い　【右・左】(いつから　　)　□ 目の疲れ　(いつから　　)

□ 目に何かが【当たった・入った】なにが＿＿＿＿＿＿　どのように＿＿＿＿＿＿＿＿

□ その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3. **現在治療中か、過去にかかった病気はありますか？**　あり・ なし

白内障 ・ 緑内障 ・ ぶどう膜炎 ・糖尿病 ・ 心臓病（心疾患） ・ 腎臓病 ・ 高血圧・癌（ガン）

副鼻腔炎(ちくのう) ・ ヘルペス(帯状疱疹) ・虫歯 ・高血圧 ・ ぜんそく ・ 小児ぜんそく

アトピー　その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3. **現在かかっている病院名と薬をご記入ください。**　あり ・ なし

通院中の病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

現在使用中の薬：　ある＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿・　なし

4. **妊娠中の可能性は?**　ある　　週目・ ない　　**授乳中ですか？**　はい ・ いいえ

5. **普段コンタクトレンズをしますか？**　はい（本日装用中・していない）・　いいえ

レンズの種類：　ハードレンズ ・ ソフトレンズ（ 1day・2week・1month ・その他 ）

コンタクトレンズの購入先で定期検診を受けていますか?　　はい ・ いいえ

6. **アレルギーはありますか？**　はい ・ いいえ

禁忌薬＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿・　食物＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

花粉症 ・ 麻酔 ・ アルコール消毒 ・ ハウスダスト・⑥その他＿＿＿＿＿＿＿＿

7. **当院をお知りになった理由をお聞かせください**

①家人・知人から聞いて　②建物を見て（近くを通って）　③ホームページを見て

④他院からの紹介　⑤看板(駅・道路・その他) を見て　⑥その他＿＿＿＿＿＿＿＿

ご記入ありがとうございました。おおるり眼科クリニック