

# 問診票

※記入されましたら受付へ提出してください

20 年 月 日

ふりがな									
氏名									男 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和		年	月	日	(		歳)	
住所	〒	-							
電話番号		-		-					※日中にご連絡のつく番号をご記入ください。
職種									お勤めされていない方も「なし」や「主婦」などご記入ください。
1	<b>当院をお知りになった理由</b>		□にチェックをお入れください。						
	<input type="checkbox"/> 家族、知人が受診	<input type="checkbox"/> 当院HP	<input type="checkbox"/> インターネット(			どちらのサイトですか?)		)	
	<input type="checkbox"/> 近所だから	<input type="checkbox"/> 看板を見て	<input type="checkbox"/> その他					)	
2	<b>普段コンタクトレンズは使用していますか?</b>		□はい □ いいえ						
3	<b>今日、診察を受ける理由</b>								
	・いつから								)
	・どちらの目が		右眼	・	左眼	・	両眼		)
	・どうした								)
	<input type="checkbox"/> コンタクトレンズがほしい			<input type="checkbox"/> メガネを作りたい					
	<input type="checkbox"/> 学校や職場の検診を受けて								
	<input type="checkbox"/> その他							)	
4	<b>そのことで他の医療機関へかかりましたか?</b>								
	<input type="checkbox"/> はい (医療機関名			)	<input type="checkbox"/> いいえ				
5	<b>薬でアレルギーがでたことはありますか?</b>								
	<input type="checkbox"/> はい (薬名			)	<input type="checkbox"/> いいえ				
6	<b>現在、通院している医療機関はありますか?</b>				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	⇒いいえの方は7へ		
	①医療機関名								
	②病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 脳の病気					
		<input type="checkbox"/> 白内障	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 網膜剥離					
		<input type="checkbox"/> その他:							
	③その病気で手術を受けましたか?				<input type="checkbox"/> はい	(	年	月)	<input type="checkbox"/> いいえ
7	<b>子どもさんへお尋ねします</b>								
	①体重	(	kg)	②発達に問題はありますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
8	<b>女性の方へお尋ねします</b>								
	①妊娠中ですか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	②授乳中ですか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			

