

# みらいず眼科 問診票

フリガナ

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

1. 本日はどのようなことで診察をご希望ですか？丸で囲むか直接お書きください。  
めやに 目が赤い      ゴロゴロ・痛い      かゆい      まぶた腫れ（上・下）  
涙でる 乾く      疲れる      見えにくい      ゆがむ      かすむ  
メガネを作りたい      定期検査      健康診断      人間ドックの結果  
他院からの紹介      その他（ \_\_\_\_\_ ）

2. どのような診療がよいか、希望があれば丸をつけてください。  
気になる症状のみでよい / 一通り / できるだけ詳しく診て欲しい / わからない

3. これまでに目の病気をしたことがありますか？  
ない・ある（ \_\_\_\_\_ ）

4. これまでに糖尿病など、体の病気をしたことがありますか？  
ない・ある（ \_\_\_\_\_ ）

5. 食べ物や薬でアレルギー症状が出たことがありますか？  
原因のものとどのような症状だったかをお書きください。  
（原因： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_ ）

6. 本日はご自分で車を運転してこられましたか？ また運転の予定はありますか？  
はい・いいえ

7. （女性のみ）妊娠中の可能性はありますか？授乳中の方はその旨をお書きください。  
（ \_\_\_\_\_ ）

8. ご要望があればお書きください。  
（ \_\_\_\_\_ ）

9. 当院をどのようなきっかけで知りましたか？  
 家族・知人からの紹介       クリニック前の看板       折込チラシ  
 クリニックのHP       病院検索サイト（ \_\_\_\_\_ ）  
 医療機関からの紹介（ \_\_\_\_\_ ）       その他（ \_\_\_\_\_ ）