

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（ _____ ）
※ （あれば）ご要望など（ _____ ）

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. 今までに眼科で言われた、または治療したことのある目の病気をすべてご記入ください。
例：網膜剥離、白内障
（ _____ ）

4. 今までに他の科で言われた、または治療したことのある体の病気をすべてご記入ください。
例：高脂血症、胆石手術
（ _____ ）

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. 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（ _____ ）