

みらいず眼科 問診票

ふりがな		男 ・ 女
名 前		
生年月日	西暦 年 月 日 (年齢 歳)	
住 所	〒( )	
電話番号	— —	

1. どのようなことで診察をご希望ですか？

右眼・左眼・両眼 (期間: \_\_\_\_\_)

見えにくい・疲れる・かすむ・ゆがむ・まぶしい・涙でる・乾く  
めやに・目が赤い・ゴロゴロ・痛い・かゆい・まぶた腫れ(上・下)  
メガネ作製・コンタクト作製・定期検査・健康診断・人間ドック結果  
その他・ご要望など ( \_\_\_\_\_ )

2. メガネやコンタクトを使用していますか

遠くを見る眼鏡・老眼鏡・コンタクト(ソフト・ハード)・なし

3. 今までに眼の病気・手術をしたことがありますか ある・ない

( 年 月 病名: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_ )

4. 今までに病気・手術をしたことはありますか ある・ない

高血圧・糖尿病(HbA1c %)・心臓病・その他( \_\_\_\_\_ )

5. お薬手帳や糖尿病連携手帳などはお持ちですか ある ・ ない

6. アレルギー(食べ物・薬など)はありますか ある ・ ない

ある場合(原因: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ )

7. 本日運転をする予定はありますか ある ・ ない

※眼底検査を受けられる場合は4～5時間運転できなくなります

8. (女性の方のみ) 現在、妊娠中・授乳中ですか

はい(妊娠中・授乳中) ・ いいえ

9. 当院を知った理由をお聞かせください

家族、知人からの紹介・看板・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(紹介状 ある・ない)