

しま眼科クリニック 問診票 平成 年 月 日

ふりがな ()	ご職業 _____
お名前 _____	男 ・ 女
生年月日 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 (年 月 日)	
郵便番号 〒 - _____	電話番号 () - _____
	携帯番号 () - _____
ご住所 _____	

★当院からの郵便でのお知らせなどを、お送りさせていただいてもよろしいですか？ はい いいえ

1、どちらの目の具合が悪いですか？ (両目 ・ 右目 ・ 左目)

2、症状はいつからですか？ (日前～ ・ 月前～ ・ 年前～)

3、本日の来院理由は

- ① 見えにくい ②目がかゆい ③目やに ④目が痛い ⑤充血 ⑥飛蚊症
⑦二重に見える ⑧物がゆがんで見える ⑨涙が出る ⑩眼鏡を作りたい ⑪目がかわく
⑫その他 ()

4、本日コンタクト装用 (あり(ソフト・ハード)[メ-カ名 _____] ・ していない)

5、今までに目の病気をされたことがありますか？ はい ・ いいえ

はいとお答えの方・・・ (病名： _____)

6、今現在、他の眼科で治療中ですか？ はい ・ いいえ

はいとお答えの方・・・ (病院名： _____ 薬： _____)

7、過去に眼の手術をされたことはありますか？ はい ・ いいえ

はいとお答えの方・・・ (いつ： _____ どのような： _____)

8、以下の病気にかかったこと、もしくは現在治療中のご病気はありますか？

糖尿病 ・ 高血圧 ・ ぜんそく ・ 心臓病 ・ その他 ()

9、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ

はいとお答えの方・・・ (薬品名： _____ 食べ物： _____)

10、現在服用中のお薬はありますか？

11、当院を何でお知りになりましたか？ (なるべく御記入をお願い致します。)

他院の紹介 (医療機関名： _____)

知人の紹介 (お名前： _____) 当院スタッフの知人 (_____)

当院ホームページ ・ スマートフォンホームページ ・ iTタウンページ

電車広告 ・ 駅の看板 ・ タウンページ ・ 自宅から近い 職場に近い ・ 通りがかり
その他 ()