

もりむら眼科 問診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな ( )

お名前 ( ) 性別 男性 女性

生年月日 明治 大正 昭和 平成 令和 ( 年 月 日)

ご住所〒 ( - ) ( )

ご自宅電話番号 ( ) 携帯電話番号 ( )

1. 医療関係者である  はい  いいえ 職業 ( )
2. 院長の診察あるいは手術を受けたことがありますか?  はい  いいえ
3. どちらの眼の具合が悪いですか?  両眼  右眼  左眼
4. いつ頃からですか? ( )
5. 本日の来院理由にチェックしてください。  
 人間ドック・健診で異常を指摘された  
 充血  目やに  目がかゆい  目が痛い  外傷  
 最近、家庭、職場、学校などで結膜炎と診断された者がいる  
 見えにくい  かすみ  物がゆがんで見える  飛蚊症  
 コンタクト希望【 1 DAY  2 WEEK  ハード】  眼鏡処方希望
6. コンタクト・眼鏡を使用されている方  コンタクト  眼鏡  両方
7. 今までに眼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:  緑内障  白内障  
 その他 ( )
8. 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: )  
手術を受けたことのある方  
 白内障手術 :  右  左  両  
 近視矯正手術 (レーシック)  その他 ( )
9. 以下の病気にかかれたことはありますか?  
 糖尿病  高血圧  喘息  心臓病  その他 ( )
10. 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがある方のみお答えください。  
(薬品名: 食べ物: )
11. 女性の方へ 妊婦の可能性はありますか?  はい  いいえ