

問診票

みぞて眼科クリニック

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 (年 月 日) (才)

住所〒 _____ 電話番号 (電話: _____)
(携帯: _____)

*どのような症状で受診されましたか？

いつから () どのような
[]

*今回の症状で、他の眼科で診てもらいましたか？

はい いいえ 病院名 ()

*現在治療中の病気はありますか？ あり なし

糖尿病 高血圧 脳梗塞 喘息 その他 病名 ()

通院している病院名、診療科 ()

飲んでいる薬 ()

本日『お薬手帳』をお持ちでしょうか。 はい いいえ

*これまで、大きな病気や、手術をしたことがありますか？

はい いいえ いつ ()

病名 ()

治療した病院、診療科 ()

*薬（内服薬、注射）などで、副作用が出たことはありますか？

はい いいえ 薬の名前 ()

症状 ()

*アレルギーはありますか？

はい いいえ アレルギーの種類 ()

*メガネ・コンタクトは使用していますか？

メガネ（近く用・遠く用・遠近両用） コンタクト 何も使用していない

*本日、車を自分で運転してきましたか？ はい いいえ

*現在、妊娠中ですか？ はい (月) いいえ

*当院をお知りになったきっかけは？（複数回答可）

ご紹介（ご家族・ご友人 様） 近所・通りがかり 看板
ホームページ 当院ホームページ以外のインターネット その他

※何かわからないことがあればお尋ね下さい。ご協力ありがとうございました。