さんむ眼科クリニック 問診表

令和　年　月　日受診

思い当たる項目に チェック☑ をつけてください。

ふりがな		性別	男 女	大正 昭和 平成 令和　年　月　日（　歳）
氏名				
住所		電話	自宅（　）	
			携帯（　）	
◆コンタクトレンズを普段使っていますか？	□いない	来院手段	□ 自家用車運転	□ 同乗
	□いる（種類　）		□ タクシー・バス	□ 自転車・徒歩
◆コンタクトレンズ購入の希望	□ある（ 経験がある・初めて ）種類（　）	●ご家族の中で当院にかかったことのある方はいらっしゃいますか？		
□スタッフより説明済み	□ない	名前（　）		
どちらの目	（　右　左　両方　）	いつからですか？	（　）前から	

●受診理由と症状●

- □見づらい　視力低下（遠く・近く・両方）
- □かすんで見える
- □ぼやけて見える
- □物が二重に見える
- □虫が飛ぶ
- □目が赤い
- □目が痛い
- □目がかゆい
- □めやにが出る
- □涙が出る
- □できもの
- □ものもらい
- □ごろごろする
- □まぶたの腫れ
- □まぶたのただれ
- □眼鏡を作りたい
- □コンタクトレンズが欲しい
- □学校検診
- □検診結果 持参
- □免許の更新
- □紹介状あり（　）より
- □その他（　）

※　直診　・　検査

思い当たる原因などはありますか？

□特にない

眼科以外
- □吐き気
- □頭痛
- □めまい
- □熱 がある（　）℃

▼１２歳以下の方のみ……体重（　）kg

▼女性の方のみ…… 現在妊娠していますか？

□はい　□いいえ

□授乳中

★現在飲んでいる薬　ない・ある（　）

↳ 本日お薬手帳の持参　あり・なし

★今まで目の病気・手術（レーシックを含む）・ケガをしたことは

□ない

□ある

今までにかかった病気
- □特になし
- □糖尿病　□高血圧
- (HbA1c____%) □心臓病
- □ぜんそく
- □肝臓病　□腎臓病
- □前立腺　□リュウマチ
- □高コレステロール・高脂血症
- □骨粗しょう症
- その他（　）

●今回の症状を他医院で診てもらったことがありますか？

□受診していない

□受診している（医院名　）

診断・処方

← かかっている病院を教えてください。（　）

●アレルギーはありますか？

□ ない

□ ある

薬品（　）

食品（　）

花粉症（　）

その他（　）

書き終わりましたら受付までお願いします。