

# 問 診 票

ふりがな		男 ・ 女	生年月日
お名前			明・大・昭・平 年 月 日 才
住 所	〒		
電話番号			

● 今日はどうされましたか？あてはまるものを、○で囲んでください。（複数回答可）

<ul style="list-style-type: none"> <li>・どちらの目ですか？ 右目 ・ 左目 ・ 両目</li> <li>・いつ頃からですか？ ( ) 日前 ( ) ヶ月前 ( ) 年前</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>めやに 目が赤い かゆい ゴロゴロ 涙 乾燥 疲れる かすむ ゆがむ</li> <li>二重に見える 視野が欠ける まぶたの腫れ・痛み 浮遊物が見える 光が見える</li> <li>遠くが見にくい 近くが見にくい メガネを作りたい コンタクトを作りたい</li> <li>定期検査 健康診断・人間ドックの結果 その他 ( )</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記の○で囲んだ症状の詳しい内容をご記入ください。</li> </ul>	

● 今までに目の病気をしたことはありますか？ はい ・ いいえ

具体的に→

● 今までに目の手術をされたことはありますか？ はい ( ) ・ いいえ

● 現在治療中の病気・過去にかかったことのある病気はありますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 脳梗塞 喘息 アトピー その他

具体的に→

● 現在服用中のお薬はありますか？ はい ・ いいえ

具体的に→

● 薬・食べ物・その他のアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

具体的に→

● アレルギーの検査を希望されますか？ はい ・ いいえ ・ 相談したい

● 本日ご自分で車・自転車を運転してこられましたか？ はい ・ いいえ

● 本日コンタクトレンズを装用されていますか？ はい ・ いいえ

● 女性の方にかがいます。現在妊娠していますか？ はい ( ) ヶ月 ・ いいえ  
◎現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

■ 富久クロス眼科を知ったきっかけを教えてください。（複数回答可）

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 近所・通勤・通学路なので見たことがあった。<br><input type="checkbox"/> イトーヨーカドーに来た時に知った。<br><input type="checkbox"/> 隣接のクリニックに来た時に知った。<br><input type="checkbox"/> ご家族・知人・職場の同僚などの紹介。<br><input type="checkbox"/> ポケットティッシュの案内を見て知った。 | <input type="checkbox"/> インターネット<br>( <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> スマートフォン )<br><input type="checkbox"/> 電柱の案内<br><input type="checkbox"/> 他医療機関からの紹介<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|---|---|

以上です。ありがとうございました。