

すみれ眼科 受付票 平成 年 月 日

ふりがな (_____) No. _____
お名前 _____
男 ・ 女 ご職業 _____
生年月日 (明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成) (年 月 日)
郵便番号 〒 _____ - _____
ご住所 _____
電話番号 (_____) _____ - _____
携帯番号 (_____) _____ - _____

※下記に問診票もございますのでお手数ですが、ご記入をお願いいたします。

※小さく印刷されますがそのままお持ち下さい。

※散瞳（瞳孔を広げる）検査を行うことがございます。散瞳しますとピントが合わなかったり、眩しく感じますので検査後はお車・バイク・自転車などの運転は大変危険な為、お控えください。

すみれ眼科 問診票

HP 用

平成 年 月 日

- 1、本日の来院手段 ①車 ②自転車・バイク ③徒歩 ④その他 ()
- 2、どちらの目の具合が悪いですか？ (両目 ・ 右目 ・ 左目)
- 3、症状はいつからですか？ (日前～・ 月前～・ 年前～)
- 4、本日の来院理由をご記入ください。
① 視力低下 ②見えづらい ③目がかゆい ④目やに ⑤目が痛い ⑥二重に見える ⑦充血
⑧黒いものが飛んでいる ⑨光やきらきらしたものが見える ⑩涙が出る ⑪異物が入った
⑫まぶたの腫れ(できもの) ⑬物がゆがんで見える ⑭眼鏡を作りたい ⑮定期健診
⑯その他 ()
- 5、普段の生活で眼鏡もしくはコンタクトレンズは使用していますか？
いいえ ・ はい (眼鏡 ・ コンタクト)
コンタクトレンズを使用している方へ、本日は装用されていますか？ (はい ・ いいえ)
- 6、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、今までに目の病気や治療(手術)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： 治療内容：)
- 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、女性の方へ、現在妊娠中あるいは可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)
- 11、当院を何でお知り頂けましたか？
一階看板 ・ 店頭のぼり ・ 窓広告 ・ 知人紹介 ・ 駅看板・その他 ()

☆ご記入ありがとうございました。受付表と一緒に当日お持ち下さい。