

# 問診票

記入日 年 月 日

カガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

生年月日 明治・大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 才)

〒 \_\_\_\_\_ (できるだけ郵便番号から御記入ください)

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

1. どういった症状で来院されましたか？ (気になるものは全て選択して下さい)  
1) 見えづらい      2) かすむ      3) 目が痛い      4) 目がかゆい  
5) 目が赤い      6) 目やにがでる      7) 目がかわる      8) コロコロする  
9) 目が疲れる      10) まぶたの腫れ、赤み      11) めがね・コンタクトレンズを作りたい  
12) 目の検診      14) 視野が狭くなった      13) 学校検診で異常と言われた  
14) その他 ( \_\_\_\_\_ )
2. その症状はいつ頃からありますか、またどちらの目ですか？  
( \_\_\_\_\_ 日前から、 \_\_\_\_\_ ヶ月前から、 \_\_\_\_\_ 年前から、 はっきりわからない )  
( 右目 ・ 左目 ・ 両方 ・ わからない )
3. 今までに目の病気をされたことがありますか？  
( はい ・ いいえ ) (病名： \_\_\_\_\_) (眼科名： \_\_\_\_\_)
4. 今まで目の手術されたことはありますか？ (近視矯正手術もお書きください)  
( はい ・ いいえ ) (病名： \_\_\_\_\_)
5. 今までにかかったことのある体の病気がありますか？  
( はい ・ いいえ )  
( はい ) の方 → 高血圧 糖尿病 心臓病 肝炎 腎臓病 結核 喘息 花粉症  
脳血管障害 アトピー その他 ( \_\_\_\_\_ )
6. 今現在、かかりつけの病院や医院はありますか？  
( はい ・ いいえ ) (病医院名： \_\_\_\_\_)
7. 今までに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 ) (アレルギー物質： \_\_\_\_\_)
8. (女性のかたへ) 現在、妊娠中 (妊娠可能性含め) もしくは授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ )

## (アンケート)

どのように当院の事を知りましたか。

- |              |                |                 |
|--------------|----------------|-----------------|
| ・ホームページをみた   | ・かかりつけの先生から聞いた | ・新聞・チラシなどの広告をみた |
| ・野立ての看板をみた   | ・たまたま通りかかった    | ・ヨネザワメガネの広告をみた  |
| ・知り合いから勧められた | ・その他 ( _____ ) |                 |

\* 個人情報の取り扱いについて \*

上記の内容は、当院「個人情報保護規定」により適切に管理いたします。

当院での個人情報の利用は、掲示板でお知らせした内容に限定して利用いたします。