たかいわクリニック　眼科　問診票

令和　　年　　月　　日

ふりがな		性別	生年月日	（明治・大正・昭和・平成・令和）
氏名		男・女		年　月　日（満　才）
住所	〒　　－　　（マンション・アパート名、部屋番号も記入）			
自宅電話	（　　）	携帯電話	（　　）	

※患者様個人の情報は、当院で定めた利用目的の範囲内で利用させて頂きます。

【下記の項目について、記入もしくは〇で囲んでください。】

1. あなたの目の具合が悪いのはどちらですか？

・右 眼　　・左 眼　　・両 眼

2. どのように具合が悪いのですか？

・見えにくい　・かすむ　・ぼやける　・二重に見える　・痛い　・かゆい
・はれている　・つかれる　・赤い　・目やにが出る　・涙がでる　・ゴロゴロする
・まぶしい　・黒い点が見える　・その他（メガネ・コンタクト購入希望など）＿＿＿＿＿＿

3. いつ頃からですか？

（　　）日前より　（　　）ヶ月前より　（　　）年前より

4. 眼科手術やレーザーの既往はありますか？

・ある　具体的に（　　）　・ない

5. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

・ある　種類を具体的に（　　）　・ない

6. メガネを使用されていますか？

・はい　※お持ちの方は、ご来院の際にご持参願います。　・いいえ

7. コンタクトレンズを使用されていますか？

・はい　※次の質問にご回答願います。　・いいえ

使用されているコンタクトレンズの種類を教えてください。

・ハードレンズ　・ソフトレンズ（　ワンデー　2ウィーク　その他　）

8. 現在通院中ですか？

診療科目（　　科）

・はい

服用中のお薬がありましたらご記入ください。

・いいえ

9. 女性の方にうかがいます。

妊娠していますか？　・はい（　　ヶ月）　・可能性あり　・いいえ

現在授乳中ですか？　・はい　・いいえ

※当院は国が定めた診療報酬算定要件に従い、診療報酬点数(医療情報・システム基盤整備体制充実加算)を算定いたします。