問　診　票

フリガナ		生年月日	明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日
お名前			
住所	〒 携帯　　（　　） 自宅　　（　　）		

当院をどのようにお知りになりましたか？	□ ホームページ　□ 駅看板　□ 医院周辺看板　□ 電話帳 □ ご紹介　ご紹介者のお名前（　　）　□ 昔から知っていた □ その他（　　）

◆当医院における個人情報保護方針について
・当院では、患者様の個人情報の取り扱いに万全の体制で取り組んでおります。
・問診表に記載された個人情報は、当院における医療行為・他院や院外薬局などとの連携・診察費請求・各種ご案内などに利用させていただきます。
◆診察費の請求業務にため、健康保険証のコピーをとらせていただいております。
※上記について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出下さい。

◆アンケートにご協力ください。

1. 今日はどうなさいましたか？	症状はいつ頃から　（　　月　　日頃から　）
➢見えにくい　[右 ・ 左 ・ 両眼] ➢目が痛い　[右 ・ 左 ・ 両眼] ➢目が赤くなった　[右 ・ 左 ・ 両眼] ➢メヤニが出る　[右 ・ 左 ・ 両眼] ➢まぶたが腫れた　[右 ・ 左 ・ 両眼] ➢黒いものが見える　[右 ・ 左 ・ 両眼] ➢目が乾く　[右 ・ 左 ・ 両眼] ➢目が疲れる　[右 ・ 左 ・ 両眼] ➢目がかゆい　[右 ・ 左 ・ 両眼] ➢涙が出る　[右 ・ 左 ・ 両眼] ➢その他 [　　]	➢メガネを作りたい⇒予約が必要となります ➢ コンタクトを作りたい ・コンタクトは 初めて　・　使用中　（ ハード・使い捨て ） ※使用中の方へ ・コンタクトレンズの製品名（　　） ・コンタクトレンズの度数　（ 右　　左　　） ・メルスプランですか？　（ はい　・　いいえ ） ➢コンタクトを使用して、違和感はありませんか？ ・目が乾く　・涙が少ない　・目に傷がある ・目が疲れる　・目が痛い　・レンズがずれる ・目がゴロゴロする　・目が痒くなる　・フラフラする ※　○をお付けください
2. コンタクトを使用していますか？	いいえ　・　はい　（ ハード・使い捨て ）
3. 薬を使用して異常が出たことがありますか？	いいえ　・　はい
4. 今まで目の病気にかかったことがありますか？	いいえ　・　はい 白内障・緑内障・網膜はく離・ぶどう膜炎・外傷・その他（　　）
5. 現在、何かお体の病気にかかっていますか？	いいえ　・　はい 喘息・心臓病・高血圧・糖尿病・アトピー・花粉症・その他（　　）
6. 妊娠の可能性はありますか？	いいえ　・　はい　（　　ヶ月　）
7. 当院での診察に対しての要望はありますか？	例）　説明をしっかりやってほしい　など

※　ご協力ありがとうございました