

お手数ですがご記入を
お願いいたします。

診療申し込み・問診票

フリガナ		生	明治			
お名前	様 男・女	年	大正	年	月	日
		月	昭和			
		日	平成			
ご住所	〒 - 市	電	ご自宅	-	-	
		話	携 帯	-	-	
		番				
		号				

■ 本日は、どのような理由でご来院いただきましたでしょうか？

どうされましたか？	両目（右から・左から・同時に） 右目 左目 ・赤い ・目やに ・かゆい ・コロコロする ・痛い ・できものがある ・疲れる ・涙が出る ・乾く ・見えにくい ・黒いものが飛ぶ ・眼鏡の相談 ・コンタクトの相談 ・近視矯正治療（オルソケラトロジー・レーシック）の相談 ・その他（ ）
いつごろからですか？	今日から 日前から 週前から カ月前から 年前から
今までに目の病気、手術をされたことがありますか？	ない ・ ある（病名： ）
かかりつけの病院・医院はございますか？	ない ・ ある（病医院名： ）
現在使用中のお薬はございますか？	ない ・ ある（薬品名： ）
次のような病気をされたことがありますか？	ない ・ 糖尿病、高血圧、高脂血症、心臓病、不整脈、喘息、腎臓病、アトピー性皮膚炎、交通事故、その他（ ）
今までに薬や食物でアレルギーを起こしたことがありますか？	ない ・ ある （原因： 、症状（気分不良・皮膚の発疹・ショック・その他 ）
女性の方に伺います	現在、妊娠していらっしゃいますか？ はい（ ）カ月 ・ いいえ ・ わからない 現在、授乳していらっしゃいますか？ はい ・ いいえ
当院を何でお知りになりましたか？	・知人・家族からの紹介（お名前 ） ・インターネット ・通りすがり ・看板 ・近所に（お住い / 通勤 / 通学）している ・当クリニックモール他科を受診 ・眼鏡 / コンタクトショップからの紹介 ・本院からの紹介 ・他院からの紹介（病院名 ） ・その他（ ）

◆ 治療内容・成績が、学会等で個人情報が出ないような統計的なデータの一部として
利用させていただく事がございます。

森ノ宮むさしドリーム眼科