

初診受付表・問診票



ふりがな
お名前
〒
住所
職業

男・女
歳
大・昭・平・令
年
月
日生
電話
自宅
携帯

1. 今日はどうしましたか（右・左・両方）

目ヤニ・充血・痛い・ゴロゴロ・はれた・まぶしい・かゆい・涙が出る・乾く・
みにくい（遠く・近く）・かすみ・視野がかけた・2重に見える・黒い物が飛ぶ・
ゆがむ・疲れ・メガネを作りたい・コンタクトを作りたい

その他

いつから

思いあたる原因

2. 今までの病気

1) 目の病気・手術

2) 体の病気

糖尿病・高血圧・心臓病・喘息・アトピー皮膚炎・花粉症・

薬のアレルギー（ ）・その他（ ）

3. 現在のんでいる薬 あり・なし （何の薬ですか）

薬をもらっている病院・医院

科

科

4. 現在妊娠中ですか いいえ・はい（ 週） 授乳中ですか いいえ・はい

5. 血縁の方で病気の方はいらっしゃいますか （ 祖父母・父母・兄弟姉妹・子供・その他 ）

目の病気

体の病気

6. これまで他の眼科で診察を受けたことが ない・ある （ 眼科）

7. 何で当院を知りましたか？

ビル看板・電柱看板・知人紹介・病院紹介・ネット、ホームページ・その他（ ）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。