

問 診 票

ふりがな

お名前： _____ 生年月日： T・S・H・R 年 月 日 歳

ご住所： _____
〒 _____ 御殿場市・裾野市・小山町

電話番号： _____

症状がある方

①どのような症状ですか？ 図にご記入いただいてもかまいません。

②いつごろからですか？

③何か心当たりはありますか？

④ご家族に同様の症状の方はいますか？

他の病院又はメガネ店等からのご紹介

(_____ 病院・医院・店)

学校健診で、異常を指摘された

人間ドックで異常が見つかり精密検査をしたい

メガネを作るための検査、診察をご希望

(メガネを使用したことは、ありますか？

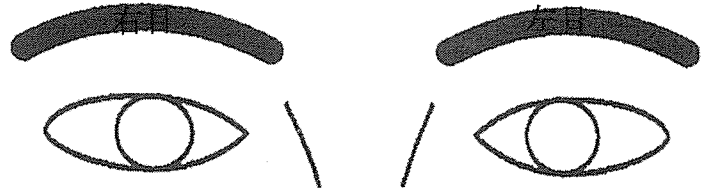
はい・いいえ)

コンタクトレンズを作るための検査、診察をご希望

(コンタクトを使用したことは？ ある・ない)

本日コンタクトレンズを装着していますか？

はい・いいえ



◆目の診療の参考にいたしますので、以下の項目も教えてください。

◇現在通院中の眼科はありますか？ → いいえ・はい (病院・医院名 _____)

◇今までに目の病気やケガをしたことはありますか？ → いいえ・はい (病名 _____)

はいとお答えの方 どのような治療をしましたか？ レーザー、手術名 (_____)

◇お体に病気はありますか？ → ない・ある (糖尿病・高血圧・その他 _____)

糖尿病のある方 糖尿病手帳は、お持ちですか？ はい・いいえ

HbA1c の値はいくつですか？ (_____)

高血圧のある方 血圧はふだんどのくらいですか？ (_____ / _____)

お薬はのんでいますか？ いいえ・はい

◇お薬に対するアレルギーはありますか？ → ない・ある (薬剤名 _____)

◇女性の方 現在、妊娠中ですか？ いいえ・はい

◇本日の来院方法は？ 徒歩、自転車、車(ご自身で運転、ご家族等に送ってもらった)

自動車の運転免許をお持ちの方

次回の運転免許の更新はいつですか？ → 平成・令和 _____ 年 月

お車の運転は何歳まで続けたいですか？ _____ 歳頃まで