

問診票

眼科オガタ医院

ふりがな

お名前： _____ 生年月日：大・昭・平・令 _____ 年 月 日 _____ 歳 男・女

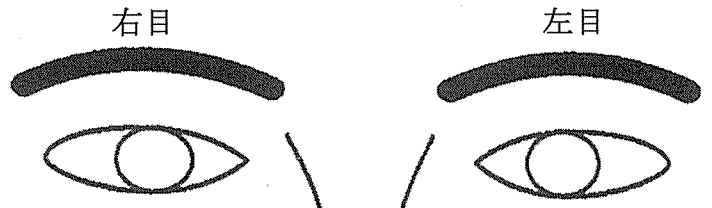
ご住所：〒 _____ 御殿場市・裾野市・小山町

緊急連絡先： _____ 自宅・本人携帯・他(_____)

— · — · — · — · — 以下の該当する□に☑チェックを入れてください — · — · — · — · —

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 症状がある方 | <input type="checkbox"/> 他の病院又はメガネ店等からのご紹介 |
| ①どのような症状ですか？図にご記入いた
いてもかまいません。

_____ | (_____ 病院・医院・店)
<input type="checkbox"/> 学校健診で、異常を指摘された
<input type="checkbox"/> 人間ドックで異常が見つかり精密検査をしたい
<input type="checkbox"/> 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) |
| ②いつごろからですか？
_____ | <input type="checkbox"/> 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) |
| ③何か心当たりはありますか？
ない・ある (_____) | <input type="checkbox"/> 本日コンタクトレンズを装着していますか？
はい・いいえ |
| ④ご家族に同様の症状の方はいますか？
いない・いる(どなたですか？ _____) | |



- ◆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？ → 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