

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(_____)

当院受診のきっかけは、遠近両用眼内レンズ白内障手術のウェブサイトをご覧になられたからですか？
はい・いいえ

普段、スマートフォンやLINEをお使いですか？ (はい・いいえ)

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

□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。

③何か心当たりはありますか？

ない・ある(_____)

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？ _____)

□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用していますか？

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？(_____)

・高血圧のある方 血圧は普段どのくらいですか？(_____ / _____)

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？ 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