

# 松原眼科クリニック 問診票

平成 年 月 日

ふりがな ( )	ご職業 _____
お名前 _____	男 ・ 女
生年月日 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ( 年 月 日 )	
郵便番号 〒 _____	電話番号 ( ) - _____
	携帯番号 ( ) - _____
ご住所 _____	

★当院からの郵便でのお知らせなどを、お送りさせていただいてもよろしいですか？ はい いいえ

1、どちらの目の具合が悪いですか？ ( 両目 ・ 右目 ・ 左目 )

2、症状はいつからですか？ ( 日前～ ・ 月前～ ・ 年前～ )

3、本日の来院理由は

①見えにくい ②目がかゆい ③目やに ④目が痛い ⑤充血 ⑥飛蚊症

⑦二重に見える ⑧物がゆがんで見える ⑨涙が出る ⑩眼鏡を作りたい

⑪その他 ( )

⑫コンタクト処方希望 (1Day・2week・ハード)(希望メカ名: )

※コンタクト処方希望の方へ・・・

当院では基本的にコンタクト処方箋のみお渡しはしていません。

4、本日コンタクト装用 (あり(ソフト・ハード)[メカ名 ]・していない )

5、今までに目の病気をされたことがありますか？ はい ・ いいえ

はいとお答えの方・・・ (病名: )

6、今現在、他の眼科で治療中ですか？ はい ・ いいえ

はいとお答えの方・・・ (病院名: 薬: )

7、以下の病気にかかったこと、もしくは現在治療中のご病気はありますか？

糖尿病 ・ 高血圧 ・ ぜんそく ・ 心臓病 ・ その他 ( )

8、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ

はいとお答えの方・・・ (薬品名: 食べ物: )

9、診察に何かご希望はございますか？

10、当院を何でお知りになりましたか？ (なるべく御記入をお願い致します。)

他院の紹介 (医療機関名: )

知人の紹介 (お名前: ) 当院スタッフの知人 ( )

当院ホームページ ・ スマートフォンホームページ ・ iTownページ

電車広告 ・ 駅の看板 ・ バスのアナウンス ・ タウンページ ・ 自宅から近い

職場に近い ・ 通りがかり ・ その他 ( )