

問 診 票

中央林間やまかわ眼科

フリガナ _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏 名 _____ 性 別 男・女
生年月日 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
住 所 〒 _____
自 宅 (_____) - 携 帯 (_____) -

①本日はどうされましたか？ (いつ頃からですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日頃)

症状のある部位に○をつけてカッコ内に詳細をご記入下さい



②今お使いの目薬はありますか？

なし・あり ⇒ 目薬の名称を記入下さい (_____)

③目の手術をしたことはありますか？

なし・あり ⇒ 白内障 ・ 緑内障 ・ レーシック ・ その他 (_____)

④今まで (現在) 目以外の病気にかかったことはありますか？

なし・あり ⇒ 糖尿病 (HbA1c _____ %) 高血圧 脳梗塞 喘息 リウマチ 前立腺肥大
心臓病 (_____) その他 (_____)

※内服 なし・あり ⇒ 抗凝固薬・ステロイド・前立腺肥大 薬の名前 (_____)

⑤食べ物や薬・注射でアレルギーや異常を起こしたことはありますか？

なし・あり ⇒ アレルギーの内容を記入ください (_____)

⑥眼鏡を持っていますか？ なし・あり (遠く用 ・ 近く用 ・ 遠近両用)

⑦普段、コンタクトレンズを装着していますか？ なし・あり

⇒ 本日、装着していますか？ はい・いいえ ソフト(1 day・2week)・ハード
メーカー (_____) 度数 右 (_____ C _____ AX) 左 (_____ C _____ AX)

⑧女性の方のみに質問です 妊娠中 ・ 授乳中 ・ 該当なし

⑨当院を何で知りましたか？

紹介 (知人・家族・病院) インターネット (ホームページ・その他媒体)
看板 (電柱・駐車場前) 駅 その他 (_____)

※カルテ作成の際に、保険証をスキャンさせていただきます。ご了承ください。