

【眼科】

外 来 問 診 票

記入日 西暦 年 月 日

体温 ℃

フリガナ		性別	男・女	職業	
氏 名					
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)				
住 所	〒				
連 絡 先 ☎	携帯 ( ) ・自宅 ( )				
	その他 ( 続柄 )				

マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか? ( はい ・ いいえ ・ 使用していない )

他の医療機関からの紹介状を持っていらっしゃいますか? ( はい ・ いいえ )

この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診されましたか? ( はい ・ いいえ )

**【1】** 本日はどうされましたか? いつ頃から、どのような症状があるか詳しくご記入ください

<input type="checkbox"/> 目が痛い (右眼・左眼・両眼)	<input type="checkbox"/> 目やにが出る (右眼・左眼・両眼)
<input type="checkbox"/> 目が充血する (右眼・左眼・両眼)	<input type="checkbox"/> 目がかゆい (右眼・左眼・両眼)
<input type="checkbox"/> 目が疲れる (右眼・左眼・両眼)	<input type="checkbox"/> ゆがんで見える (右眼・左眼・両眼)
<input type="checkbox"/> 目がかわく (右眼・左眼・両眼)	<input type="checkbox"/> 視野が欠けて見える (右眼・左眼・両眼)
<input type="checkbox"/> 涙が出る (右眼・左眼・両眼)	
<input type="checkbox"/> 目が見えにくい (右眼・左眼・両眼)	／ (遠方・近方・中間・全体)
<input type="checkbox"/> その他 ( )	
<input type="checkbox"/> 眼鏡をつくりたい	
<input type="checkbox"/> コンタクトをつくりたい (・使ったことがある→メーカー名 種類 )	(・使ったことがない)

\*当院で取り扱いのないレンズの処方は出来ません。  
\*当日のお渡しは出来ません。

**【2】** コンタクトを使用していますか?

はい { ソフトコンタクト ハードコンタクト } いいえ

**【3】** 血縁関係 (血のつながっている方) で病気の方はいらっしゃいますか?

はい 糖尿病 緑内障 夜盲症 その他

いいえ

**【4】** 本日、ご来院の手段はどちらにあてはまりますか?

車 (運転手は 本人 家族)

公共機関

徒歩

その他

※ 裏面もご記入下さい

