

いのうえ眼科 診療申し込み・問診票

ふりがな		性別	生年月日
ご氏名		男・女	西暦 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 -	電話番号	
		携帯 : (- -)	
		ご自宅 : (- -)	
本日の来院手段をお教えてください。			
徒歩・自転車・車・電車・バス			
本日はどうされましたか？			
両目(右から・左から・同時に)・右目・左目 赤い・目やに・かゆい・コロコロする・痛い・できものがある・疲れる・不快感・涙が出る 見えにくい・乾く・黒いものが飛ぶ・眼鏡の相談・コンタクトの相談・学校検診 オルソケラトロジーの相談・ICL(眼内コンタクトレンズ)の相談・その他 ()			
いつ頃からですか？			
今日から・____日前から・____週前から・____カ月前から・____年前から			
コンタクトレンズ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			
今まで目の病気、手術をされたことがありますか？			
ない・ある(病名:)			
かかりつけの病院・医院はございますか？ ※眼科以外に関してもご記入をお願いいたします。			
ない・ある(病医院名:) むさしドリーム眼科受診歴: ない・ある			
現在、使っているお薬やサプリメントはございますか？			
ない・ある(薬品、サプリメント名:)			
次のような病気をされたことがありますか？			
ない・糖尿病、高血圧、高脂血症、心臓病、不整脈、喘息、前立腺肥大、腎臓病、アトピー性皮膚炎 タバコ(無・有:1日の本数 本、何年前からか 年前)・その他 ()			
薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？			
ない・ある 原因:()、症状:気分不良・皮膚の発疹・ショック・その他 ()			
女性の方にお伺いします			
現在、妊娠していらっしゃいますか？ はい ()カ月・いいえ・わからない			
現在、授乳していらっしゃいますか？ はい・いいえ			
当院を何でお知りになりましたか？			
知人、家族からの紹介(ご氏名)・他院からの紹介(病院名)			
HP・インスタグラム・その他webサイト・通りすがり・チラシ・駅看板・その他 ()			

患者様より提供いただいた個人情報は、当院の個人情報の利用目的の範囲内で取り扱いたします。

医療の質の向上を目的(学会・研究会等)では、個人が特定されないよう加工した情報を利用いたします。

利用を拒否される場合、その旨を申し出てください。