

お手数ですがご記入を
お願いいたします。

むさしドリーム眼科 診療申し込み・問診票

フリガナ		生	大正			
お名前	様 男・女	年	昭和	年	月	日
		月	平成			
		日	令和			
ご住所	〒 - 市	電	ご自宅	-	-	
		話	携 帯	-	-	
		番				
		号				

■本日は、どのような理由でご来院いただきましたでしょうか？

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 ・乾く ・見えにくい ・黒いものが飛ぶ ・眼鏡の相談 ・コンタクトの相談 ・オルソケラトロジーの相談 ・レーシックの相談 ・その他（ ）
	いつごろからですか？ 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？	ない ・ ある（病医院名： ） （森ノ宮院受診歴 ない ・ ある）
現在使用中のお薬やサプリメントはございますか？	ない ・ ある（薬品名： ） （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、 前立腺肥大症、腎臓病、アトピー性皮膚炎、交通事故、 その他（ ）
今までに薬や食物でアレルギーを起こしたことがございますか？	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（お名前 ） ・インターネット ・看板 ・通りすがり ・近所に（お住い / 通勤 / 通学）している ・当クリニックモールの他科を受診している ・他院からの紹介（病院名 ） ・その他（ ）

◆ 治療内容・成績が、学会等で個人情報がわからないような統計的なデータの一部として
利用させていただく事がございます。