

むさしドリーム眼科 診療申し込み・問診票

お手数ですがご記入をお願いいたします。

ふりがな		性別	生年月日
お名前	様	男性 女性	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
ご住所	〒 市	電話番号	
		携帯	
		ご自宅	

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 ・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 ・学校検診 ・オルソケラトロジーの相談 ・レーシックの相談 ・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？
ない ・ ある(病医院名:) 森ノ宮院受診歴 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 交通事故、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(お名前) ・インターネット ・看板 ・通りすがり ・チラシ、広報誌 ・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いております