

きょうと駅うえ眼科クリニック 診療申し込み・問診票 記入日 /

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	:(	- -)
本日はどうされましたか？					
両目・右目・左目 見え方：かすむ・ゆがむ・だぶる・黒い物が見える・その他() 見え方以外：痛い・かゆい・異物感・涙が出る・かわく・充血・目やに・まぶた・その他() 近視抑制治療の相談(オルソ・点眼)・眼鏡の相談・学校検診・人間ドック等で勧められた					
症状はいつ頃からですか？					
今日から・ _____ 日前から・ _____ 週前から・ _____ カ月前から・ _____ 年前から					
他の眼科を受診したことがある、または通院中ですか？					
ない・ある（医療機関名： _____ ）					
眼科での手術・治療歴はございますか？					
ない・ある（病名： _____ ）					
眼科以外のかかりつけ医療機関はございますか？					
ない・ある（医療機関名： _____ ）					
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、脂質異常症、不整脈、喘息、前立腺肥大、アトピー性皮膚炎、その他()					
コンタクトレンズを使用されていますか？					
いいえ・はい（ソフト・ハード・カラコン）→ 今日も使用されていますか？ いいえ・はい					
喫煙歴をお教えてください					
吸ったことがない・過去に吸っていた・現在も吸っている					
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()					
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、自動車を運転する予定はありますか？					
ない・ある					
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（医療機関： _____ ）					
HP・Instagram・その他webサイト・通りすがり・チラシ・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。