



大浦アイクリニック 問診票

ふりがな		生年月日	
お名前	(男・女)	T・S・H・R	年 月 日 () 歳
ご住所	〒		
電話	自宅 ()	—	携帯 — —

1. 今日は何のような症状で来院されましたか？

- めやにが出る 眼が赤い 眼が痛い 眼がかゆい 涙が出る
 見えにくい かすむ ゴロゴロする 黒い物が飛ぶ 検診結果
 メガネ希望 コンタクト希望 手術希望 他院からの紹介
 その他 ()

2. どちらの眼がいつ頃からですか？

- 右眼が 左眼が 両眼が →いつ頃から？()前から

4. 今まで眼の病気で眼科にかかられたことはありますか？

- はい (白内障 緑内障 結膜炎 ものもらい 花粉症 その他:)
 いいえ

5. 他の病気で治療を受けた事がありますか？

- はい (糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病 ぜんそく リウマチ 蓄膿 副鼻腔炎)
 その他() いいえ

6. 注射や薬にアレルギーはありますか？

- はい (薬 注射の名前:) いいえ

7. 本日、コンタクトは装着していますか？

- はい…コンタクトの名前 () いいえ

8. 女性の方へ 現在妊娠中、あるいは授乳中ですか？

- はい いいえ

10. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ (差し支えなければお答えください)

- 通りがかり 開院チラシ 友人・知人・ご家族の紹介 () 様
 インターネット (ホームページ / ドクターズファイル / 病院なび) 他院からの紹介
 暮らしの便利帳 その他()

11. 他に何かお困りの事などがございましたら、お書き下さい

()

～ ありがとうございます 受付までお持ちください ～