やながわ眼科　問診表　 車 ･ 自転車 ･ 徒歩

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | 男・女 | 明・大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日生（　　　）歳 |
| お名前 |
|  |
| ご住所 | 〒 |  | ご職業 |
|  | 　　　　（　　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号 |
| 　　　　（　　　　　） |

該当するものに〇をつけて下さい。

■どのような症状ですか？　　どちらの眼ですか？（　右眼　･　左眼　･　両眼　）

･眼が赤い ･メヤニが出る ･目がかゆい ･眼が痛い ･ゴミが入った ･涙が出る

･ゴロゴロする ･チクチクする ･眼が腫れている ･眼がかすむ ･見えにくい

･学校健診･健康診断にて　･その他

■いつ頃からですか？　･今日から　･（　）日前から　･（　）カ月前から

■現在、眼鏡･コンタクトレンズを使用していますか？　　　･はい　　･いいえ

■今までに眼の手術をしたことがありますか？

･はい（病名　　　　　　）　･いいえ

■今現在、眼以外の病気はありますか？

･特になし　･高血圧　･糖尿病　･心臓病　･ぜん息　･その他（　　　　　　　　　）

■アレルギーはありますか？

･特になし･食べ物(　　　　　　) ･薬(　　　　　　　) ･その他(　　　　　　　)

■当院をどのようにお知りになりましたか？

･実際にクリニックを見て ･駅の看板を見て(岩槻駅･東岩槻駅) ･ホームページ

･タウンページ ･家族･知人に聞いて ･その他(　　　　　)

■その他、何か気になることがございましたらお書き下さい

★女性の方へ　現在、妊娠していますか？　いいえ　･　妊娠中　･授乳中

2019．6/4