

錦糸町テルミナ かわもと眼科 問診票

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳
お名前	様	性別	男・女
ご住所	〒	お電話	()
		ご職業	

1. **どうされましたか？** (右目 左目 両目)

見えづらい かすむ 痛い かゆい 赤い かわく めやに ごろごろする まぶしい
はれている 黒いものが見える 目が疲れる
検診にて受診するよう言われた
コンタクトレンズ処方 眼鏡処方
その他の症状 ()

2. **いつごろからですか？**

()まえから

3. **コンタクトレンズは普段お使いですか？**

いいえ はい ⇒ 1日装用時間____時間 週に____日間使用)
コンタクト使用歴____年(ハード____年・ソフト____年・使い捨て____年
現在使用のコンタクト名()

4. **今まで目の病気にかかったことはありますか？**

いいえ はい ⇒ どのような病気ですか？()
いつごろ？()

5. **パソコンを使用しますか？**

いいえ はい ⇒ 1日 () 時間くらい使用

6. **アレルギーはありますか？**

いいえ はい ⇒ 花粉症 ぜんそく アトピー その他()

7. **今までに薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか？**

いいえ はい ⇒ どのような薬ですか？()
どうなりましたか？()

8. **今までにかかった(現在かかっている)病気はありますか？**

いいえ はい ⇒ 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 その他()

9. **現在飲んでいるお薬や、目薬はありますか？**

いいえ はい ⇒ どのような薬ですか？()

10. **現在、妊娠中や授乳中の方はお知らせください。**

妊娠中()ヶ月 わからない 授乳中 該当なし

アンケートにご協力お願いいたします。

● 当院に来院していただくにあたり、何をみられましたか？ 複数でも結構です、○をお願いします。

家族、知人から()様) 医療機関紹介() ホームページ 看板

電話帳 折込 薬局から ご案内カード 老人ホーム 地域紙 バスアナウンス

通りがかり その他() ご協力ありがとうございました。