

問診表

★お名前でお呼びすることを希望されない方は、受付スタッフまでお申し出ください。

浦野眼科医院

フリガナ	年齢	連絡先電話番号 (携帯電話でもOK)	-	-
お名前	歳			
〒	-	ご住所		

●どのようにして(何で)当医院を知りましたか？

他院クリニック受診した時(はら耳鼻咽喉科、うちわ内科、浦野のりこ整形外科、その他))
 /看板 / 通りかかって / ご紹介()さま / その他()

●診察に関してご要望はございますか？

・症状のみへの診察を受けたい ・全般的に眼の状態を知りたい ・詳しい説明を聞きたい ・その他()

01 以下に当てはまる症状があれば○で囲んでください。

見え方に問題がある
 かすみ目・視力低下・ゴミのような物が見える・物が二重に見える
 物がゆがんで見える・その他()

*眼の奥の詳細な検査(眼底検査)は可能ですか？ いいえ / はい

目の調子が悪い
 充血する・かゆみ・めやにが出る・痛い・涙が出る・異物感
 物があたった()
 何か入った()
 その他()

眼鏡・コンタクトレンズ作成希望 眼鏡作成・コンタクトレンズ

*検査混み具合により他の日に予約にてお願いさせていただくことがあります。あらかじめご了承ください。

02 どちらの目ですか？ 右眼 / 左眼 / 両眼

03 いつ頃からですか？ () 頃から

04 現在、コンタクトレンズを使用していますか？ いいえ / はい (ハード・1day・2week)

05 眼鏡はお持ちですか？ いいえ / はい (遠く用・近く用・遠近両用)

06 車の運転されますか？ いいえ / はい (次回更新：令和 年)

07 今までに眼科で治療を受けたことがありますか？ いいえ / はい

「はい」と答えた方へ…

病名は何ですか？ 白内障・緑内障・ドライアイ・網膜はく離・結膜炎・その他()

手術をされましたか？ いいえ / はい (病院名： / いつ頃ですか： 年 月頃)

08 現在、目薬を点眼していますか？ いいえ / はい (薬の名前：)

09 眼以外の病気で現在治療中、もしくは治療した病気はありますか？ いいえ / はい

「はい」と答えた方へ…病名は何ですか？ 糖尿病・心疾患・高血圧・その他()

10 アレルギー体質はありますか？ いいえ / はい

花粉症・鼻炎・喘息・食べ物()・薬剤()・その他()

11 次の項目で該当するものがあれば○で囲んでください。

妊娠してる(月) / 授乳中 / 血液が止まりにくい