

北垣眼科 問診票

お手数ですがご記入をお願いいたします。

ふりがな		性別	生年月日	
お名前	様	男性 女性	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 歳
ご住所	〒 市	電話番号		
		携帯		
		ご自宅		

本日はどうされましたか？
・両目(右から・左から・同時に) 右目 左目
・赤い ・目やに ・かゆい ・コロコロする ・痛い ・できものがある ・疲れる ・不快感 ・涙が出る ・乾く ・見えにくい
・黒いものが飛ぶ ・眼鏡の相談 ・コンタクトの相談 ・学校検診 ・オルソケラトロジーの相談
・その他()
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
コンタクトレンズを装着していますか？
はい(ソフトコンタクト・ハードコンタクト) ・ いいえ
今まで目の病気、手術をされたことがありますか？
ない ・ ある(病名:)
かかりつけの病院・医院はございますか？
ない ・ ある(病医院名:) 北垣院長の外来を受診した事 ない ・ ある
現在、使っているお薬やサプリメントはございますか？
ない ・ ある(薬品、サプリメント名:)
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、高脂血症、心臓病、不整脈、喘息、前立腺肥大、腎臓病、アトピー性皮膚炎 交通事故、その他()
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()
女性の方にお伺いします
現在、妊娠していらっしゃいますか？ はい()カ月 ・ いいえ ・ わからない
現在、授乳していらっしゃいますか？ はい ・ いいえ
当院を何でお知りになりましたか
・知人・家族からの紹介(お名前) ・インターネット ・看板 ・通りすがり ・チラシ、広報誌
・近所にお住い / 通勤 / 通学)している ・当クリニックビルの他科を受診している()
・他院からの紹介(病院名) ・その他()

※治療内容・成績が学会等で個人情報がわからないような統計的なデータの一部として利用させていただく事がございます

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします