

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		
お名前		
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日 / 男・女
住所	〒	
電話番号	自宅	携帯
職業		

- あてはまる症状に○印をつけてください。
 右眼 左眼 両眼
 痛み 痒み 腫れ 充血 目やに かすむ 涙が出る
 黒い物が見える その他 ()
- いつ頃からですか? ()
- 現在、病気があって 何か治療を受けていますか?
 受けていない
 受けている→① どのような病気ですか?
 ()
 →② いつ頃からですか? 医療機関名、処方薬
 ()
- アレルギーはありますか?
 ない ある→どのようなアレルギーですか?
 ()
- 今までに、何かの薬で具合が悪くなったことがありますか?
 ない ある→どのような薬ですか?
 ()
- 「あらい眼科」を どのようにしてお知りになりましたか?
 (①JR王寺駅改札外の駅周辺案内地図 ②JR王寺駅改札前
 ③国道25号王寺跨線橋北の角)看板 ④ホームページ
 ⑤インターネット () ⑥タウンページ ⑦iタウンページ
 ⑧医者どこネット ⑨医療機関マップ ⑩通りすがり
 ⑪他病院の紹介(病院) ⑫知人の紹介(様)
 ⑬その他 ()

7. マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？

はい いいえ

8. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

はい いいえ

9. これまでに大きな病気にかかったことがありますか？

はい（病名、時期、医療機関名、治療内容等）

（
いいえ

10. この1年間で、特定検診及び高齢者健診を受診されましたか？

はい（受診時期、指導事項 等）

（
いいえ

11. 現在妊娠中または授乳中ですか？（女性の方のみ）

はい（妊娠週数等

いいえ