

診療申込書

ハマノ眼科

ドライアイクリニック 問診票

フリガナ		男 ・ 女
氏名		
生年月日	昭・平・令 年 月 日生	
住所		
自宅電話		
携帯電話		
勤務先 学校名		

➤ 以下の項目にまたはご記入下さい。

①大きな病気または眼の病気にかかられたことがありますか？
(眼科以外も)
ない
ある(いつ頃:)
(どのような:)

②薬・注射、またはゴムによるアレルギーはありますか？
ない
ある(薬の名前:)

③その他にアレルギーはありますか？
ない
ある → アレルギー性結膜炎 花粉症
アトピー 卵、乳製品
その他()

③ハマノ眼科・ハマノコンタクトからお知らせをお出ししても
 よろしいですか？
はい いいえ

*上記の個人情報は、ハマノ眼科のカルテ作成と、ハマノコンタクトの
 管理医療機器販売管理台帳作成及びお知らせの発送に使用します。

お名前: _____

1.今日はどうなさいましたか？(症状など詳しく) 右眼・左眼・両眼？
 いつからですか？

()

2.現在の症状、あてはまるものに○をつけてください。特に気になる症状には◎を
 つけてください。

- | | | |
|-------------|--------------|-----------------|
| a. 目が疲れやすい | i. めやにが出る | q. 耳下腺が腫れたことがある |
| b. 目がごろごろする | j. 涙が出る | r. 鼻が乾く |
| c. 目が痛い | k. 涙を流して泣けない | s. 瞳が乾く |
| d. 目が重い | l. まばたきが多い | t. 口が乾く |
| e. 目がかゆい | m. まぶしい | u. 皮膚が乾く |
| f. 目が乾く | n. かすむ | v. 関節痛がある |
| g. 目に不快感がある | o. 遠くが見えにくい | w. 高血圧がある |
| h. 目が赤い | p. 近くが見えにくい | x. 糖尿病がある |

3. コンピューター作業をしますか？いずれかに○をつけてください。

a.しない b.する(____時間/日・ ____日/週)

4. コンタクトレンズを使っていますか？

a.使わない
 b.使う(種類_____・ ____歳頃から____時間/日)

5. 今までにかかった病気(眼科以外も)をお書きください。

()

6.当科を受診した理由、あてはまるものに○を付けて下さい。

- | | |
|----------------------|------------|
| a.他院からの紹介 | d.近くて便利だから |
| b.知人からの紹介 | e.特になし |
| c.自分から調べて(本・インターネット) | |

- ・この診療申込書と健康保険証を眼科受付にお持ち下さい。ドライアイクリニック
 をご予約の方は、ドライアイクリニック問診票もご記入の上お持ちください。
- ・コンタクトレンズの処方箋は発行しておりません。