

フリガナ

氏名 _____

住所 (〒 _____)

連絡先(自宅・携帯) _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 今日診察を受ける病気について。

いつから(_____) どちらの目(右 左 両)
どんな症状(_____)

2. 今までかかった病気について。

眼科 (_____) その他の科(_____)

3. 現在、通院中の病気はありますか。

はい (高血圧、糖尿病、心臓病、その他 _____) いいえ

4. アレルギーがでたことはありますか。

はい (薬 花粉症 その他 _____) いいえ

5. めがね、コンタクトを利用していますか。

はい(めがね コンタクト : _____) いいえ

6. タバコは吸いますか。

はい(_____ 本/日 _____ 年) いいえ

7. 定期的に行っている運動はありますか。

はい(_____ 回/週 内容 _____) いいえ

8. 当院はどこで知りましたか。

家人 ・ 友人知人 ・ ネット ・ 通りがかり ・ その他 (_____)

9. 当院への来院方法を教えてください。

車 (自分で・送り迎え) ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ その他 (_____)

10. どのような検査をお望みですか。

1. 医師に一任する 緑内障のチェックを希望
2. 主訴に応じた検査のみにしてほしい

11. 女性の方にお聞きします。妊娠中、または授乳されていますか。

妊娠中 (はい いいえ) 授乳中 (はい いいえ)

12. ジェネリック (後発医薬品) の処方を希望されますか。

積極的に処方希望 ・ 医師に一任する ・ 希望しない

13. 眼に関するサプリメント(ブルーベリーなど)使用していますか。(はい ・ いいえ)

14. 眼に関するサプリメントに興味はありますか。(はい ・ いいえ)

その他医師に伝えたいことがあればお書き下さい。