

ゲートタワー淀屋橋眼科 問診票

記入日：令和 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		性別	男・女・その他
住所	〒			電話	自宅：	
					携帯：	
紹介状	☐ あり ☐ なし	手術相談	☐ あり ☐ なし			
眼鏡	☐ 持参あり ☐ 持参なし ☐ 作成希望	コンタクト	経験： ☐ あり ☐ なし ☐ 作成希望	マイナ保険証	診療情報取得 ☐ 同意する ☐ 同意しない	
1. 本日はどうなさいましたか？ あてはまるものに✓を付けてください。						
右眼・左眼・両眼 (年 月 日頃から)						
☐ 見えにくい ☐ かすむ ☐ まぶしい ☐ 二重・だぶる ☐ ゆがむ ☐ 黒いもの・糸くずが見える ☐ 光が走る ☐ 痛い ☐ 赤い ☐ かゆい ☐ ごろごろする ☐ かわく ☐ 涙が出る ☐ 目やに ☐ まぶたの腫れ ☐ 眼鏡を作りたい ☐ コンタクトを作りたい ☐ 手術について相談したい ☐ その他 ()						
2. 受診目的・相談内容						
☐ 一般診察 ☐ 白内障相談 ☐ 多焦点眼内レンズ相談 ☐ 乱視矯正眼内レンズ相談 ☐ ICL (近視治療) 相談 ☐ 網膜・硝子体相談 ☐ 近視進行抑制相談 ☐ セカンドオピニオン ☐ 紹介状・検査データ持参						
3. 今までに眼の病気・手術をしたことがありますか？ ☐ ある ☐ ない						
病名・手術歴： ☐ 白内障 ☐ 緑内障 ☐ 網膜剥離 ☐ 糖尿病網膜症 ☐ 加齢黄斑変性 ☐ ぶどう膜炎 ☐ レーシック等 ☐ レーザー ☐ その他 () 時期・病院名： ()						
4. 現在かかっている病気はありますか？ ☐ ある ☐ ない						
☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 不整脈 ☐ 脳梗塞 ☐ 腎臓病 ☐ 喘息 ☐ 結核 ☐ 癌 ☐ 前立腺肥大 ☐ 血液をさらさらにする薬を内服中 ☐ ステロイド使用中 ☐ その他 () 通院中の病院・主治医： ()						
5. 薬・アレルギーについて						
現在使用中の薬： ☐ あり ☐ なし お薬手帳： ☐ 持参あり ☐ 持参なし 薬・食物・消毒薬・テープ等のアレルギー： ☐ あり ☐ なし 内容： ()						
7. 手術相談の方のみお答えください						
希望： ☐ 白内障手術 ☐ 多焦点眼内レンズ ☐ 乱視矯正 ☐ ICL ☐ 緑内障手術 ☐ 硝子体手術 理由： ☐ 見え方に困っている ☐ 眼鏡の使用を減らしたい ☐ 他院で勧められた ☐ 工作上必要 ☐ その他 ()						
7. 女性の方へ 妊娠している、または可能性がありますか？			☐ はい (カ月) ☐ 授乳中 ☐ いいえ ☐ 該当なし			
8. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？						
☐ 知人・家族の紹介 ☐ 他院からの紹介 ☐ グランフロント梅北眼科からの紹介 ☐ ホームページ ☐ Google 検索・地図 ☐ 通りがかり ☐ 淀屋橋ゲートタワーで勤務 ☐ SNS ☐ LINE 広告 ☐ Instagram ☐ 看板 ☐ その他 ()						
9.. ご希望・ご質問があればご記入ください						