

# 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. 腫が乾く         |
| 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) |            |

- ・この診療申込書とドライアイクリニック問診票、健康保険証を眼科受付にお持ち下さい。
- ・コンタクトレンズの処方箋は発行しておりません。