

【 問診票 】 症状を教えてください

令和 年 月 日

ふりがな _____

診察ご希望の方 お名前 _____

生年月日 大 昭 平 年 月 日 ご職業 _____

ご住所 〒 _____

電話番号 _____

携帯番号 _____

満尾医院を受診された理由に○をつけてください

- 1.当院に来院した事がある 2.近くに住んでいる、または近くに勤めている
3.家族が当院にかかっている 4.知人に薦められた（紹介者）
5.他の病院・医院からの紹介 6.満尾医院のホームページ、バス広告を見た
その他（具体的に）

現在、治療中の病気はありますか？

- 1.糖尿病 2.高血圧 3.心臓病
その他（）

本日は、どうされましたか？（ 右眼 左眼 両眼 ）

- ・痛い ・見えにくくなった ・かすむ ・かゆい ・めやに ・かわく ・赤い
・ゴミがはいった ・チラチラした物が見える ・はれている ・できものがある
・疲れる その他（）

いつ頃からですか？（）

現在、この症状で治療を受けていますか？

- ・はい（病院名） ・いいえ

今までに、薬に対する異常反応がありましたか？

- ・ない ・ある（薬品名）

アルコールを飲まれますか？ ・飲まない ・飲む（1日量）

たばこは吸われますか？ ・吸わない ・吸う（1日量）