

眼科問診票

下記について記入、又は○で囲んでください。もしご不明な点がありましたら、窓口でお聞きください。
より良い診察を適切に行うためですので、お分かりになる範囲でご記入をお願いします。

ふりがな	男 女	生年月日	大正	年	月	日生
お名前			昭和			
ご住所 〒			自宅電話番号：			
			携帯番号：			
勤務先：						
緊急連絡先電話番号：						

- 1) (○をつけてください) 右眼 左眼 両眼
- 2) いつ頃から症状がありますか
 ① 今日から ② _____ 日前から ③ _____ ヶ月前から ④ _____ 年前から
- 3) どんな症状がありますか (○をつけてください)
 ① 眼が赤い ② メヤニがでる ③ ゴロゴロする・チクチクする ④ 涙っぽい
 ⑤ 眼が痛い ⑥ 眼がかすむ・見えにくい ⑦ 二重に見える
 ⑧ 黒いものが見える・光が見える ⑨ ゴミが入った ⑩ 眼をぶつけた
 ⑪ その他 具体的に記入してください：
- 4) 過去や現在に以下の病気にかかったことがありますか (○をつけてください)
 ① 高血圧 ② 糖尿病 ③ 心臓病 ④ ぜん息
 ⑤ 花粉症 ⑥ アレルギー性鼻炎 ⑦ リウマチ
 ⑧ 手術歴 _____ 歳 病名：
 その他 (具体的に記入してください：)
- 5) 今まで使った薬でアレルギーをおこしたことがありますか (○をつけてください)
 ① はい どんな薬ですか
 ・風邪薬 ・ピリン系 ・ペニシリン系
 ・その他 (具体的に記入してください：)
 ② いいえ
- 6) 1. メガネを使っていますか (○をつけてください)
 ① はい (具体的に、遠用、近用、遠近両用) ② いいえ
 2. コンタクトを使っていますか (○をつけてください)
 ① はい (使い捨て、ハード、ソフト) ② いいえ
- 7) 今まで眼科にかかったことはありますか (○をつけてください)
 ① はい ・病名はなんですか ()
 ・どこの眼科ですか (名称：)
 ② いいえ
- 8) 女性の方にお聞きします (○をつけてください)
 ・現在妊娠していますか ① はい 何ヶ月ですか (_____ ヶ月) ② いいえ

家族歴 (病気や手術など)
父
母
兄
妹
:
:

ご協力ありがとうございました。