

## 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	大正	年	月	日生
お名前		生年月日	昭和		
		平成		( )	才
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。