

# 問診票 <眼科>

お手数ですが、ご記入願います。なお秘密は厳守させていただきます。

(フリガナ)		
お名前	男・女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
〒	-	
ご住所	電話番号	

<該当する項目があれば○をつけてください。>

1. 今日はどうなさいましたか？現在どこか具合の悪いところがあれば症状を教えてください。

物が見えにくい 目がかゆい 目が赤い 目やにができる 目が痛い  
涙ができる 目の検診 めがね・コンタクトレンズ を作りたい その他

2. 上の症状はどちらの目ですか？ いつ頃からありますか？

両眼 右眼 左眼  
数時間前 昨日 2～3日前 4～5日前 1週間前 2～3週間前  
1ヶ月前 数ヶ月前 半年以上前

3. 今までにかかったことのある病気はありますか？

緑内障 白内障 網膜疾患 角膜疾患、  
アトピー性皮膚炎 高血圧 糖尿病 その他

4. 現在なにかお薬を使っていますか？（または使っていましたか？） はい・いいえ

使用している場合そのお薬を教えてください。（お薬手帳などお持ちであればその旨お書きください。）

5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい・いいえ

6. 現在 妊娠中・授乳中 ですか？ はい・いいえ

7. 特に医師に伝えたいことはありますか？

当院をどちらで知りましたか？

- |                 |                |
|-----------------|----------------|
| 1:以前にきたことがある。   | 5:バスの案内放送      |
| 2:知人からの紹介（お名前   | ) 6:ホームページを見た。 |
| 3:家族が通院している（お名前 | ) 7:パンフレット     |
| 4:他の病院からの紹介     | 8:道を通ったときに覚えた  |