

眼科問診票

記入日 平成 年 月 日 (診察券番号)

フリガナ	生年月日 (大正・昭和・平成) 年 月 日
お名前	ご住所 (〒 -)
身長 cm 体重 k g	電話 () -

- 本日の症状について

どちらの眼に 右眼 左眼 両眼

いつ頃から 今日 2～3日前 1～2週間前

その他 () 頃から

視力が下がった かすんで見える ゆがんで見える

眼のかゆみ 眼の痛み 充血 腫れ

飛蚊症 (黒いものが飛んでみえる) 視野異常

眼底検査 健康診断で異常を指摘 その他 ()
- その症状で他の眼科を受診されましたか？

いいえ はい (医療機関名)
- これまで眼の病気になったことがありますか

いいえ はい (病名)
- 本日車やバイクを運転して来院されましたか

いいえ はい
- 瞳を目薬で開いて散瞳 (さんどう) 眼底検査を受けたことがありますか？

いいえ はい

そのとき、あとで目が腫れたり、ひどく充血したりしましたか？ いいえ はい
- 眼科以外でご病気をされたり、現在治療中のご病気がありますか？

なし 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 喘息 脳梗塞

その他 ()
- 血液を固まりにくくするお薬を内服していますか？ いいえ はい
- 女性の方へ 妊娠または妊娠の可能性がありますか？ いいえ はい
- 薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？ いいえ はい

(薬:)

(食べ物:)
- 当院眼科を何でお知りになりましたか？

当院内科から インターネット 配布広告 知人から 通りすがり