

# 眼科問診票

記入日 年 月 日 (診察券番号 )

フリガナ	生年月日(西暦) 年 月 日
お名前	ご住所 (〒 - )
性別;男・女・	電話 ( ) -

(↑当院内科を受診されている方はご住所、電話番号は不要です)

1. 本日の症状について

( ) 頃から、右 左 両眼 に

みえにくい ゆがみ 飛蚊症(何かが飛んでみえる)

かゆみ 痛み 充血 腫れ

眼底検査 健康診断で異常を指摘 その他( )
2. 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 )
3. 眼の手術を受けたことがありますか

いいえ はい ( レーシック 白内障手術 その他( ) )
4. コンタクトレンズを使用中、あるいは経験のある方

ハード ソフト 以前使用していたがやめた(ハード・ソフト)
5. 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
6. 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
7. 眼科以外で以前治療を受けていたり、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 喘息 脳梗塞 他( )
8. 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
9. 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
10. 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: )
11. 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