

# 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 ( )	-

- 本日の症状について  
 ( ) 頃から、 右  左  両眼 に  
 みえにくい  飛蚊症(何かが飛んでみえる)  健康診断で異常を指摘  
 かゆみ  痛み  充血  腫れ  その他( )
- 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 )
- 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 ( ) )
- 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(ハード・ソフト)
- 本日車、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  
 その後、目が腫れたり充血したりしましたか？ いいえ  はい
- 眼科以外の治療歴、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( )
- 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 妊娠・妊娠の可能性ありますか？  いいえ  はい
- 薬や食べ物のアレルギーはありますか？  いいえ  はい  
 (薬: ) (食べ物: )

..... ↓よろしければお答え下さい↓ .....

- 当院眼科を何でお知りになりましたか？  
 当院内科  インターネット  配布広告  知人  通りすがり  
 ご家族が受診(  夫・妻  親・子  兄弟  祖父母  孫  他)

----- (▼当科使用欄▼) -----
