

眼科 問診票

年 月 日

フリガナ 氏名	(T・S・H 年 月 日)	自宅 携帯	() ()
住所	〒		

【下記の項目について、記入もしくは○で囲んでください。】

1. あなたの目の具合が悪いのはどちらですか？

- ・ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

2. どのように具合が悪いのですか？

- ・ 見えない ・ かすむ ・ ぼやける ・ 二重に見える ・ 痛い
- ・ かゆい ・ はれている ・ つかれる ・ 赤い ・ 目やにが出る
- ・ 涙がでる ・ ゴロゴロする ・ まぶしい ・ 黒い点が見える
- ・ その他 _____
- ・ 白内障検査 ・ 眼底検査 ・ メガネ、コンタクトを作りたい
- ・ 身体検査で (_____) と言われた

3. いつ頃からですか？

() 日前より () 月より () 年前より

4. 今まで目の病気をしたことがありますか？

ない ある (どんな病気でしたか _____)
(いつ頃 _____)

5. 今までにアレルギー・特異体質と言われたことがありますか？

ない ある わからない

6. 飲み薬・注射等で具合が悪くなったことがありますか？

ない ある

7. 今まで(現在)眼以外の病気にかかったことがありますか？

ある→ (高血圧, 糖尿病, 心臓病, 肝臓病, 腎臓病, リウマチ, 喘息,
鼻炎, 感冒, その他 _____)
特にない

8. 女性の方にうかがいます

- ・ 妊娠していますか いいえ, はい (カ月), 可能性あり
- ・ 現在授乳中ですか いいえ, はい

当院を何でお知りになりましたか？

- ・ 知人の紹介 () ・ 通り道 ・ パンフレットで ・ インターネットで ・ その他
- ・ 看板 (駅看板 バス広告 バス案内 電柱看板 その他看板)