

## 問 診 票 (眼科)

フリガナ  
お名前 \_\_\_\_\_ 様 性別 男 女 ご記入 本人 代理人 \_\_\_\_\_ 様

生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 満 \_\_\_\_\_ 才

ご住所 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

お電話 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ 携帯電話 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

.....  
当てはまるものは  に印をつけてください(いくつでも)

1. どのような症状でお困りですか？( 右目 左目 両目 )

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> かゆみがある        | <input type="checkbox"/> めがねを作りたい                |
| <input type="checkbox"/> 目が乾く          | <input type="checkbox"/> コンタクトレンズを作りたい(経験:あり・なし) |
| <input type="checkbox"/> 充血(赤くなっている)   | <input type="checkbox"/> まぶたがピクピクする              |
| <input type="checkbox"/> 目やにがでる        | <input type="checkbox"/> 検診で再検査といわれた             |
| <input type="checkbox"/> 痛みがある         | <input type="checkbox"/> 視力が落ちたようなので検査してほしい      |
| <input type="checkbox"/> ゴロゴロする        | <input type="checkbox"/> 何かが飛んで見える               |
| <input type="checkbox"/> 涙が出すぎる        | <input type="checkbox"/> 見える範囲がせまくなった気がする        |
| <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |  |

2. 今回の症状で当院受診前にほかのクリニック(眼科医院)を受診されましたか？

いいえ はい 処方された薬( \_\_\_\_\_ )

3. 今までに眼科の病気や手術の経験はありますか？

いいえ はい ( 右目 左目 両目 )

病名は？( \_\_\_\_\_ )

いつ頃ですか？( \_\_\_\_\_ )

4. 今までに次の病気やケガで治療・入院・手術を受けた又は診断を受けた事がありますか？

いいえ はい 糖尿病 高血圧 喘息 アトピー 脳梗塞 心臓病 肝臓病  
その他( \_\_\_\_\_ )

5. 現在処方されている薬がありますか？

いいえ はい (薬名: \_\_\_\_\_ )

6. 現在、病気やケガで通院中ですか？

いいえ はい (病名: \_\_\_\_\_ )

7. 薬や注射で体に異常があったことがありますか？

いいえ はい/ ペニシリン ピリン その他( \_\_\_\_\_ )

(女性の方へ)

現在、妊娠中ですか？ いいえ 妊娠中(妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月) 可能性あり

現在、授乳中ですか？ いいえ はい(生後 \_\_\_\_\_ ヶ月、1日 \_\_\_\_\_ 回)

◎最後にこのクリニックをどのようにお知りになりましたか？

TVラジオ 知人 看板 新聞 インターネット 家族が通院 その他( \_\_\_\_\_ )