

お名前
(カタカナ)

眼科 問診票

* 診察券のない方は診療申込書もご記入下さい

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。 (詳細は診察室でお話下さい。)

いつ頃からですか。 _____

どのような症状ですか。 _____

症状が出ている部位はどちらですか。 両眼 右眼 左眼

2. 下記の項目のご希望はありますか。

コンタクト処方 眼鏡処方 ※クリニックによっては対応出来ない場合があります

3. 今までに薬剤でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

いいえ はい → 薬剤名: _____ 症状: _____

4. 今までに下記の病気や手術歴などがありましたら記入して下さい。

緑内障 白内障 網膜剥離 アトピー 糖尿病 高血圧 心臓病 花粉症
鼻炎 喘息 腎臓病 その他 (_____)

5. 現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

いいえ はい → : _____ お薬手帳 あり なし

6. 本日の診察後に自動車や二輪車の運転をする予定はありますか？

いいえ はい

ここからは成人の方のみご回答下さい

7. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり授乳中ですか いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。