

眼科問診票

受診日：平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
氏名	男・女		年 月 日 歳
住所	〒	TEL	
		携帯番号	

下記のご質問にお答え下さい。

1. 本日はどのような症状でお困りですか。

- 痛み かゆみ 充血 目ヤニ 異物感 乾燥感
 疲れ眼 かすみ 涙眼 ぼやける 視力低下 腫れている
 糸の様な物がみえる その他の症状 ()

2. いつ頃からですか。

- 今日 昨日 2～3日前 1週間前 その他 () 前から

3. どちらの眼ですか。

- 右眼 左眼 両眼

4. 今までに下記の病気にかかったことはありますか。

- 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、使用している薬がある場合はご記入ください。お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

お薬：

6. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

薬のアレルギー

- いいえ はい 薬剤名： 症状：

食べ物のアレルギー

- いいえ はい 食べ物名： 症状：

7. 眼鏡、コンタクトレンズは使用していますか。

- いいえ はい ⇒ (眼鏡 コンタクト 両方)

※「はい」の場合は、ご記入下さい。

- 1) 見え方について 良好 普通 見えづらい
2) メガネ作成年数 約 () 年
3) コンタクト装用経験 約 () 年
4) コンタクト装用時間 朝 () 時～夜 () 時 必要時のみ スポーツ時のみ
5) 現在使用しているコンタクトレンズの種類
 メーカー： 使い捨て (ワンデー ・ ウィーク ・ その他)
 ソフトレンズ ハードレンズ その他
6) 現在使用しているコンタクトレンズの度数 (右： 左：)
7) 以前、使用されていたコンタクトを処方された医療機関はどちらですか。
 医療機関名 ()

8. 本日はお車で来院ですか。

- いいえ はい

9. 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

10. (当院が初めての方にお聞きします) 当院をどのようにしてお知りになりましたか。

- 1) 紹介 (知人 医療機関) 2) 通りがかり 3) インターネット 4) 新聞折込チラシ
5) 地域新聞 6) 看板 7) その他 ()

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出下さい。