

問 診 票

フリガナ

お 名 前 :

〒 :

住 所 :

電話番号 :

生年月日 : 明・大・昭・平 年 月 日

診察するうえで参考になりますので、下記の質問にお答えください。

- 今回はどういうことで受診されましたか。
1. 物が見にくい 2. 眼が赤い 3. 目やにがでる 4. 眼が痛い
5. 眼がかゆい 6. 涙がでる 7. 眼の検診 8. 異物
9. メガネ・コンタクトレンズを作りたい
10. その他 ()
- どちらの目ですか。 (右、左、両)
- 上記症状はいつからありますか。 (今日、きのう、 ___ 日前から、 ___ ヶ月前から)
- 今までに目の病気をしたことがありますか。
はい (年 月 病名) いいえ
- 現在、目薬を使用していますか。 はい () いいえ
- 現在、飲み薬を飲んでいますか。 はい () いいえ
- 現在、かかっている眼科はありますか。 (さしつかえなければ)
はい _____ 眼科 いいえ
- メガネまたは、コンタクトレンズを使用していますか。
メガネ、老眼鏡、ソフト、ハード、使い捨てコンタクト、使用していない
- 今までに薬や注射などで気分が悪くなったり発疹がおこるなど、アレルギー症状が出たことがありますか。
はい () いいえ
- 今までに全身的な病気にかかったことがありますか。
高血圧症、糖尿病、心臓病、肝臓病、腎臓病、ぜんそく、結核、癌、アトピー、
その他 ()
- 現在通院中の診療所または病院がありますか。
はい _____ 医院・病院 いいえ

検査・処置・診察室で他の患者さんと同席することがあります。
同意しがたい場合にはその旨をお申し出ください。