

眼科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	(大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令) 年 月 日生 (歳)
氏 名				
ご 連 絡 先	〒	—	ご 職 業	
	電話	()	携帯	()

※ 次の当てはまるものに○印をしてください。

(1) 今日はどうなさいましたか？	
① どちらの眼ですか？ ⇒ (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)	
② その症状は？ (当てはまるものすべてに○印をしてください。)	
1. 眼が赤い (充血する) 2. メヤニが出る 3. 眼がかゆい	
4. 眼が痛い 5. ゴロゴロする (異物感) 6. 眼がかすむ	
7. 涙が出る 8. 黒いものが飛ぶ 9. 眼がかわく 10. 眼が疲れる	
11. (めがね・コンタクト) をつくりたい	
12. その他 ()	
③ いつ頃からですか？ () 日前より () ヶ月前より () 年前より	
(2) 上記のことで他の眼科を受診されましたか？	していない した
(3) なにか目薬を使用していますか？ 『はい』の場合 ⇒ ()	はい いいえ
(4) 普段コンタクトレンズを使用していますか？ 『はい』の場合 ⇒ (ハード ・ ソフト ・ 使い捨て)	はい いいえ
(5) 現在コンタクトレンズをつけていますか？	はい いいえ
(6) 次のような病気にかかったことがありますか？ (『はい』の場合、当てはまるものすべてに○印をしてください。)	はい いいえ
1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 心臓病 4. 腎臓疾患	
5. 不整脈 6. ぜんそく 7. アレルギー性鼻炎	
8. 花粉症 9. その他 ()	
(7) 目薬や他の飲み薬、注射で副作用が起きたことがありますか？ (薬 剤 名：)	
(8) 女性のみ 妊娠していますか？ () ヶ月	はい いいえ
(9) 女性のみ 授乳中ですか？	はい いいえ
(10) 何を見て来院されましたか？ ・ タウンページ ・ 看板 ・ 紹介 ・ ホームページ ・ その他 ()	