

問診票（眼科用）

No.

フリガナ		性別
氏名		男 ・ 女
住所	〒	
電話番号		携帯電話
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日 【 歳】

1. 具合が悪いのはどちらの目でしょうか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼
2. どのように具合が悪いのでしょうか？

・痛い	・目ヤニが出る	・腫れている	・かゆい
・ゴロゴロする	・乾いた感じ	・涙が出る	・充血している
・かすむ	・ぼやける	・まぶしい	・見えにくい
・二重に見える	・疲れる	・学校検診	・メガネ処方希望
・その他（ ）			
3. いつ頃からですか？
 （ ）時間前から （ ）日前から （ ）週間前から （ ）ヶ月前から
4. 今まで何か目の病気をしたことはありますか？
 ない・ある （どんな病気ですか？ ）
 （それはいつ頃ですか？ ）
5. 現在治療中の病気はありますか？
 ない・ある （高血圧・糖尿病・高脂血症・その他： ）
6. 女性の方へ
 - ・現在妊娠されていますか？ いいえ・はい（ ヶ月）・可能性あり
 - ・現在授乳中ですか？ いいえ・はい（ ヶ月）

※女性の甲状腺の病気はおおよそ10人に1人とされています。当院では甲状腺の触診によるスクリーニング検査をお勧めしております。

 検査を希望しますか？ はい・いいえ
7. 今まで目薬・飲み薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか？
 ない・ある （薬や注射の名前： ）
8. 今までアレルギー体質や特異体質と言われたことはありますか？
 ない・ある・わからない
9. 現在服用しているお薬はありますか？
 ありましたら、お薬手帳のご提示、あるいは薬の名前をご記入願います。
 （具体的な薬名： ）
10. 普段コンタクトレンズをお使いですか？ いいえ・はい

ご記入後、受付までお持ちください。