

問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日	明治	年 月 日 年齢 () 才 職業 ()
お名前	様 男・女		大正	
			昭和	
			平成	
ご住所	〒 -	電話番号	ご自宅 () -	
			携帯 () -	

どうされましたか？	<ul style="list-style-type: none"> ・痛い ・めやに ・かゆみ ・充血 ・涙がでる ・まぶたがはれた ・何かできた ・目がかわく ・目がつかれる ・ゴロゴロする ・何かはいった ・見にくい(近く・遠く) ・かすむ ・二重にみえる ・ぶつけた ・黒いものがみえる ・学校で用紙をもらった ・めがね処方希望 ・コンタクト処方希望 ・眼科検診希望 ・その他 ()
どちらの目ですか？	右目 左目 両目(右から・左から・同時に)
いつごろからですか？	今日から 日前から 週間前から カ月前から 年前から
今までに目の病気をされたことがありますか？	ない ある アレルギー性結膜炎・緑内障・白内障・網膜剥離・外傷・角膜ヘルペス その他 ()
今までに手術をうけたことはありますか？	ない ある 眼科 (年前) 他科 (年前)
現在かかっている病気はありますか？	ない ある 糖尿病・高血圧・ぜんそく・心臓病・肝臓病・腎臓病・こうげん病 アトピー性皮膚炎・花粉症・その他 ()
現在使用中のお薬はありますか？	ない ある お薬手帳を 持参している ・ 持参していない 持参されていない場合、お薬の名前をご記入ください ()
今までに薬や食物でアレルギーを起こしたことがありますか？	ない ある お薬名 () 食物名 () 症状：気分不良・発疹・ショック・その他 ()
ご家族やご親族で目の病気や全身的な病気をした方がありますか？	ない ある 続柄 () 病名 ()
めがね・コンタクトはお持ちですか？	<p>めがね 遠く用 近く用 遠近両用</p> <p>ない ある コンタクト コンタクトレンズの方 本日つけている・つけていない 種類(ハード・ソフト・使い捨て 1日 2週間 1ヵ月)</p>
本日、運転の予定はありますか？	はい いいえ
女性の方へお伺いします	<p>現在妊娠中ですか？ はい 妊娠 (週目) ・いいえ ・可能性あり</p> <p>現在授乳中ですか？ はい ・いいえ</p>
当院を何でお知りになりましたか？	友人知人・看板広告・ホームページ・タウンページ・バス案内・直接みて・他院からの紹介