

問 診 表 (眼 科)

| | | | | |
|------------------|-----------------------|-----|-------------|----|
| ふりがな | | 男・女 | 明治・大正・昭和・平成 | 年齢 |
| 氏名 | | | 年 月 日生 | 歳 |
| 住所 | お仕事の内容 (例：コンピューターの入力) | | | |
| 電話 | () - | | | |
| 何で当院をお知りになりましたか。 | | | | |

●本日は、どのような理由で来院されましたか。あてはまるもの全てに○印をつけて下さい。

①本日症状があるのは、どちらの眼ですか？：両、右、左

②どんな症状ですか？：充血・赤くなった 目やに (量は：多い・少ない) 痛い
かゆみがある まぶたが腫れている 涙が出る ゴロゴロする 疲れ目 目が乾く
何か入った 打撲した 虫やゴミが飛んで見える 見にくい 学校や会社の検診で引っかかった

紹介状をもらった 眼鏡の希望または相談
コンタクトレンズの希望または相談 その他 ()

③その症状はいつ頃からですか？： 年 月 日頃から

④今までに眼の病気にかかったことがありますか？：ない
ある (年 月 日頃、両・右・左、病名：)

⑤眼鏡を：持っていない 使っている 使っているが持ってきていない
コンタクトレンズを：持っていない 使っているが持ってきていない
使っている (ハード・ソフト→1ヵ月交換、2週間交換、1回使い捨て、1年以上使うタイプ)

⑥今、眼以外の病気で通院したり、治療を受けたりしていますか？：していない
している 糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓病 肝臓病 腎臓病 結核 ぜんそく
アトピー性皮膚炎 花粉症 その他 ()

⑦今までに眼科以外の病気にかかったことがありますか？：ない
ある (病名：)

⑧今までに薬・注射・食べ物でアレルギーやどこか具合が悪くなったことがありますか？：
ない ある (薬品・食べ物名：)

⑨女性の方に、現在妊娠していますか？： はい いいえ 不明

⑩来院の手段は？： 徒歩 自転車 バス 電車 車 バイク その他 ()