

問診票

平成 年 月 日

フリガナ

お名前

男 ・ 女

生年月日

明治・大正・昭和・平成

年 月 日

年齢 () 歳

ご住所

〒 -

電話番号

()

-

・ どうされましたか

めやに かゆい 充血 赤い 涙 痛い ゴロゴロ かわく 疲れる
はれた みえにくい 黒いものが見える 二重に見える 視野が狭くなった
検査希望 (メガネ コンタクト 白内障 緑内障 眼底) 検診で勧められた
その他 ()

・ どちらの目ですか

右 左 両

・ いつごろからですか

() より 急に 徐々に 気づいたらなっていた

・ 眼科に受診したことはありますか

いつごろ () どこに ()
どうして ()

・ 現在かかっている、もしくはかかった病気を教えてください

特にない

ある 糖尿病 高血圧 高コレステロール 心臓 腎臓 肝臓 ぜんそく
膠原病 (リウマチなど) アトピー アレルギー ()
その他 ()

・ 現在使っている薬がありますか

ない ある ()

・ お薬で調子が悪くなったり、アレルギーなどで禁止されているものがありますか

ない ある (ピリン ペニシリン その他 ())

・ メガネ、コンタクトレンズを所持されていますか

いいえ はい (メガネ (遠く用 手元用) コンタクト (ハード ソフト 使い捨て))

・ 女性のみお答えください

妊娠していますか いいえ はい () ヶ月 可能性はある
授乳中ですか いいえ はい