問診票

ふりがな		ご職業		年齢	歳
氏名		生年 月日	大・昭・平・令 年　月　日	性別	男・女
住所	〒　　－				
携帯番号	－　　－	電話番号	－　　－		

① 本日の症状に〇を付けて下さい。

右眼・左眼・両眼　　いつ頃から（　　）

•痛い　•かゆい　•疲れる　•目やにが出る　•涙が出る

•赤い　•かすむ　•ゆがむ　•見えづらい　•黒い点（物）が見える

•乾く　•まぶしい　•ぶつけた　•ごろごろする　•腫れている

•出血している　•眼鏡が見えづらい　•眼鏡を作りたい

•二重に見える　•その他（　　）

② 白内障等の手術をお考えの方　→　担当医師の希望　（　ある　・　なし　）

③ 当院来院についてご紹介の方がいらっしゃいますか　（　いる　・　いない　）

④ 今までに眼の病気にかかったことがありますか。　（　ある・ない　）

あるとお答えの方　病名（　　）

⑤ 現在かかっている病気はありますか。　（　ある・ない　）

あるとお答えの方　☐高血圧　☐糖尿病　☐心臓病　☐腎臓病　☐喘息

☐整形外科　☐鼻炎　☐胃・十二指腸潰瘍　☐透析中

☐乳がん（右・左）　☐その他（　　）

⑥ 現在服用しているお薬はありますか。　（　ある・ない　）

あるとお答えの方　薬剤名（　　）

⑦ 今までに薬や注射で具合が悪くなったことがありますか。　（　ある・ない　）

あるとお答えの方　薬剤名（　　）

⑧ アレルギー体質がありますか。　（　ある・ない　）

⑨ 眼鏡、コンタクトレンズを装用されていますか。　（　はい・いいえ　）

はいとお答えの方（　眼鏡　・　コンタクトレンズ　）

コンタクトレンズの種類（ﾊｰﾄﾞ・ｿﾌﾄ　/　1day・2week・1month　/　ﾒｰｶｰ：　　）

⑩ 本日はお車や自転車などご自分で運転して来院されましたか。（　はい・いいえ　）

はいとお答えの方　（　車・バイク・自転車・その他　）

ご記入ありがとうございました。記入後は受付までお願い致します。　えにわ眼科