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 本日はいかがなさいましたか。
眼の主な症状に◎を、その他に気になるものがあれば☑をつけてください。
☐痛い　☐かゆい　☐赤い　☐乾く　☐疲れる　☐目やに　☐見えづらい　☐かすむ
☐黒い点が見える　☐ごろごろする　☐ゆがむ　☐腫れている　☐涙が出る
☐眼鏡が見えづらい　☐二重に見える　☐ぶつけた　☐出血している　☐まぶしい
☐その他（　　）
右眼・左眼・両眼　　いつ頃から（　　）

② 本日は視力検査を希望いたしますか。（　希望する・希望しない　）
※症状によっては視力検査が必要になる場合があります。

③ 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（　　）

④ 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　☐整形外科　☐喘息　☐鼻炎
☐胃・十二指腸潰瘍　☐その他（　　）

⑤ 現在、使用されているお薬はありますか。（　ある・ない　）　☐お薬手帳持参
あるとお答えの方　内服薬（　　）
外用薬・点眼薬（　　）

⑥ 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（　　）

⑦ 女性の方で、妊娠中または妊娠している可能性はありますか。　（　ある・ない　）
あるとお答えの方　（　可能性あり・妊娠中【　　ヶ月】・授乳中　）

⑧ 過去にコンタクトレンズを使用したことがありますか。（　ある・ない　）
あるとお答えの方　（　常用している・たまに使用している・今は使っていない　）

⑨ 本日は、コンタクトレンズを装用されていますか。　（　はい・いいえ　）
ｺﾝﾀｸﾄﾚﾝｽﾞの種類（　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　）

初めて来院される方へ

当院をどのようにお知りになられましたか。あてはまるものに☑をつけてください。
☐近所　☐職場が近い　☐TV　☐タウンページ　☐雑誌　☐駅構内の広告
☐ホームページ　☐家族が通院している（　　様）
☐知り合いの紹介（　　様）　☐その他（　　）

ご記入ありがとうございました。診察までしばらく待ち下さい。　　**なんごう眼科**