

# 眼科問診表

年 月 日

ふりがな

氏名

男・女

大正 昭和 平成

年

月

日生

住所

電話番号 自宅

携帯

1) どちらの目が具合が悪いですか？

右・左・両方

2) どんな症状がありますか？

見えにくい(遠くが・近くが)

痛い・痒い・目やにが出る・涙が出る・目が赤い・ころつく・疲れる・乾燥する  
まぶたが腫れている

黒っぽいものが飛んでいるように見える

眼鏡処方希望・コンタクト処方希望(現在コンタクト使用中・コンタクトは初めて)

緑内障や白内障のチェックをしてほしい

その他(具体的にお書きください)

3) その症状はいつからですか？

4) 痒み等がある方でアレルギー検査を希望しますか？(はい・相談したい・いいえ)

20分で結果のわかる検査もごさいます。詳しくはご相談ください

5) 現在使っている目薬があればお書きください。

6) これまでに、目の病気や手術をなさったことがあればお書きください。

7) 現在治療中の病気がありますか？

糖尿病・高血圧・高脂血症・気管支喘息・心不全

その他( )

8) お薬や注射にアレルギーがありますか？

有(具体的に

)・無

9) 目薬にかぶれたことはありませんか？

有(具体的に

)・無

10) この病院をお知りになったきっかけを教えてください(何箇所でも結構です)

インターネット(ホームページ)・バスの車内放送・看板・電話帳・近所だから

お知り合いやご家族の紹介(

様)・先生の紹介(

先生)

その他( )

☆ 当院は整形外科診療も行っております。骨や関節、筋肉に関する心配事やご相談があれば、遠慮なくお申し出ください。

同日に二科受診することも可能です。

☆ 患者様の個人情報、診療に関する以外には使用いたしません。