

問 診 表

令和 年 月 日

ふりがな		生	大正	年	月	日
氏 名		年	昭和			
		月	平成			
		日	令和		(歳)
住 所	〒					
	携帯電話： 緊急連絡先：					

◎ あなたの症状を○で囲んで下さい。

1. どうされましたか？ (右目 ・ 左目 ・ 両目 が)

- ・めやに
- ・かゆみ
- ・赤い
- ・なみだがでる
- ・まぶたがはれた
- ・何かできた
- ・眼がかわく
- ・眼が疲れる
- ・眼の奥が痛む
- ・痛い
- ・ゴロゴロする
- ・何か入った
- ・見にくい(遠く・近く)
- ・かすむ
- ・黒いもの(虫や糸くずのようなもの)が見える
- ・学校で用紙をもらった
- ・メガネ希望
- ・コンタクトレンズ希望(使用経験 有・無)
- ・その他

2. いつごろからですか？

- ・ 日前より
- ・ 週間前より
- ・ か月前より

3. 今まで目の病気にかかったことはありますか？ ・ある ・ない

- ・アレルギー性結膜炎(花粉症) ・結膜炎 ・緑内障 ・白内障 ・糖尿病網膜症
- ・網膜剥離 ・目のケガ ・その他 ()

4. 現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？

- ・糖尿病 ・心臓病 ・高血圧 ・高脂血症 ・ぜんそく ・肝臓病(肝炎)
- ・その他 () ・ない

5. 今までに手術を受けたことがありますか？(目に限らず)

- ・ある () ・ない
- ・屈折矯正手術(レーシック等) ・ある ・ない

6. 薬や注射のアレルギーはありますか？

- ・ある () ・ない

7. 現在内服中の薬がありますか？

- ・ある(おわかりになれば薬の名前を記入して下さい) ・ない
- ()

8. 現在妊娠中、あるいは妊娠している可能性がありますか？

- ・はい
- ・いいえ
- ・授乳中

9. ご来院された交通手段で該当するものに○をつけて下さい。

- ・車を運転してきた ・徒歩 ・自転車 ・バイク ・バス ・タクシー ・送迎

10. 当院を何でお知りになりましたか？

- ・知人から ・家人から ・看板広告 ・救急マップ ・インターネット ・タウンページ
- ・当院を直接見て ・当院ホームページ ・その他 ()