

問 診 表

平成 年 月 日

ふりがな		生	明治			
氏 名		年	大正	年	月	日
	男	月	昭和			
		日	平成		(歳)
住 所	〒					
			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?

 - ・ 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 ()