

問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ
氏名 _____ 生年月日（西暦） _____ 年 月 日（ 歳）

〒
住所 _____

電話番号 _____

(1) あてはまるところに○印をつけてください

本日来院した一番の理由に◎印をつけてください

両眼 ・ みぎ眼 ・ ひだり眼 が

あかい かゆい めやに いたい はれた おもい

なみだがでる ごろごろする しょぼしょぼする

かすむ ゆがむ まぶしい 黒い点や線がうごいてみえる

チカチカひかってみえる 暗くみえるところがある

片眼でみて二重にみえる 両眼でみて二重にみえる

めつきがおかしい 特にこまったことはないが眼科受診をすすめられた

その他（ _____ ）

(2) ◎の症状はいつからですか？ その後どうになりましたか？ ○印をつけてください

年 月 日頃から 徐々に悪化 ・ あまりかわりはない ・ 徐々に改善

(3) ◎の症状についてどちらかに受診しましたか？

いいえ ・ はい



どちらですか？ 医療機関名 _____

何といわれましたか？ 病名 _____

何をもらいましたか？ お薬名 _____

(4) いままでかかった眼の病気や眼の治療について○印をつけてください

角膜の病気 ・ 白内障 ・ 緑内障 ・ レーシック ・ 網膜の病気 ・ ぶどう膜の炎症

その他（ _____ ）

(5) いままでにかかった全身の病気に○印をつけてください

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 脳梗塞 ・ 心疾患 ・ 特になし

その他（ _____ ）

(6) お薬にアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい（お薬名 _____）

(7) 現在妊娠していますか？ いいえ ・ はい（妊娠 月）

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

(8) 新型コロナウイルスの予防接種をしましたか？ 最後の予防接種はいつですか？

いいえ ・ はい（1回 ・ 2回 ・ 3回） _____ 年 _____ 月

事務使用欄（ ス ・ - ）