

問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ
氏名

生年月日 (大・昭・平・令) 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

※ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています

事務使用欄 (ス ・ -)