眼科　問診票

平成　　年　　月　　日

フリガナ お名前　（女・男）	生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日　　才	
〒 ご住所		体重 15才以下のみ　　kg	
自宅番号（　　—　　—　　）		携帯番号（　　—　　—　　）	

診療明細書の発行を希望されますか？　　はい　・　いいえ

【下記の項目について、記入もしくは〇で囲んでください。】

1. **あなたの目の具合が悪いのはどちらですか？**

・右　眼　　・左　眼　　・両　眼

2. **どのように具合が悪いのですか？**

・見えない　・かすむ　・ぼやける　・二重に見える　・痛い
・かゆい　・はれている　・つかれる　・赤い　・目やにが出る
・涙がでる　・ゴロゴロする　・まぶしい　・黒い点が見える
・その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
・白内障検査　・眼底検査　・メガネ、コンタクトを作りたい
・身体検査で（　　）と言われた

3. **いつ頃からですか？**

（　　）日前より　（　　）月より　（　　）年前より

4. **今まで目の病気をしたことがありますか？**

ない　　ある（どんな病気でしたか＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
（いつ頃＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

5. **今までにアレルギー・特異体質と言われたことがありますか？**

ない　　ある　　わからない

6. **飲み薬・注射等で具合が悪くなったことがありますか？**

ない　　ある

7. **今まで（現在）眼以外の病気にかかったことがありますか？**

ある →（高血圧，　糖尿病，　心臓病，　肝臓病，　腎臓病，　リウマチ，　喘息
鼻炎，　感冒，　その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
特にない

8. **女性の方にうかがいます**

・妊娠していますか　　いいえ，　　はい（　　ヵ月），　可能性あり
・現在授乳中ですか　　いいえ，　　はい

来院されたきっかけは何ですか？

知人·家族からのご紹介（　　）　・　ホームページを見て　・　通り道で
広告で（パンフレット、チラシなど）　・　電柱看板　・　タウンページを見て　・　近いから
当院かかりつけ（前に来たことがある）　・　その他（　　）

ありがとうございました