

# 問診表(眼科)

ふりがな		男・女	明治・大正・昭和・平成	年齢 歳
氏名			年月日生	
住所	お仕事の内容(例:コンピューターの入力)			
電話	( ) -			
何で当院をお知りになりましたか。				

●本日は、どのような理由で来院されましたか。あてはまるもの全てに○印をつけて下さい。

①本日症状があるのは、どちらの眼ですか？：両、右、左

②どんな症状ですか？：充血・赤くなった　　目やに(量は:多い・少ない)　　痛い  
 かゆみがある　　まぶたが腫れている　　涙が出る　　ゴロゴロする　　疲れ目　　目が乾く  
 何か入った　　打撲した　　虫やゴミが飛んで見える　　見にくい　　学校や会社の検診で引っかかった

紹介状をもらった　　眼鏡の希望または相談

コンタクトレンズの希望または相談　　その他( )

③その症状はいつ頃からですか？： 年 月 日頃から

④今までに眼の病気にかかったことがありますか？：ない

ある ( 年 月 日頃、両・右・左、病名： )

⑤眼鏡を：持っていない　　使っている　　使っているが持ってきていない

コンタクトレンズを：持っていない　　使っているが持ってきていない

使っている(ハード・ソフト→1ヵ月交換、2週間交換、1回使い捨て、1年以上使うタイプ)

⑥今、眼以外の病気で通院したり、治療を受けたりしていますか？：していない

している 糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓病 肝臓病 腎臓病 結核 ぜんそく  
 アトピー性皮膚炎 花粉症 その他( )

⑦今までに眼科以外の病気にかかったことがありますか？：ない

ある (病名： )

⑧今までに薬・注射・食べ物でアレルギーやどこか具合が悪くなったことがありますか？：

ない ある (薬品・食べ物名： )

⑨女性の方に、現在妊娠していますか？： はい いいえ 不明

⑩来院の手段は？： 徒歩 自転車 バス 電車 車 バイク その他( )