

眼科問診票

フリガナ；

お名前；

生年月日；

性別；

住所；

受診日付；

年 月 日

電話番号；

◆どちらの目の調子悪いですか？ ○をつけてください。

両目 みぎ目 ひだり目

◆いつからですか？

_____日前、_____か月前、_____年前

◆あてはまるものに、○をつけてください。

◆症状

目が赤い

目が痛い

目がかゆい

目ヤニが出る

目が乾く

涙が出る

まぶたにできものがある

まぶたが腫れている

視力が下がった

かすんで見える

目が疲れる

物が歪んで見える

視野が欠けて見える

目の前に何か飛んで見える（飛蚊症）

眼鏡が合わない

物が二つに見える

目をぶつけた（何に？

）

眼の中に何か入った（何か？

）

◆コンタクトレンズを装用していますか？ 使用している 、 していない

◆本日受診後に、車などの運転をされますか？ する 、 しない

◆薬や食べ物のアレルギーはありますか？ はい_____、いいえ

◆内科のご病気はありますか？

高血圧、糖尿病、喘息、甲状腺疾患、その他_____、いいえ

◆女性の方：今妊娠または母乳中ですか？ はい 、 いいえ

◆目の病気で他の眼科にかかれたことがありますか？ ある、ない

病名：_____ 病院名：_____

使用中の薬：_____

ご記入いただきありがとうございました。

漢一診療所