

なんよう眼科クリニック 問診票

(ふりがな) _____

お名前： _____ 生年月日(大・昭・平・令) _____ 年 月 日(満 歳)
〒

ご住所： _____ 電話番号： _____

1. 本日の眼の症状を教えてください。

①どちらの眼ですか？ ⇨ (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)

②その症状は？ (当てはまるものすべてにチェックをつけて下さい)

- 眼が赤い(充血する) メヤニが出る 眼がかゆい
 眼が痛い ゴロゴロする 眼がかすむ 涙が出る
 眼が見えなくなった(急に・徐々に) 眼が乾く
 なにか飛んでいるように見える 検診で要検査だった
 メガネをつくりたい コンタクトをつくりたい(処方箋発行のみは対応していません)
 その他 (_____)

③それはいつからですか？ _____ から

2. 上記のことで他の眼科を受診されましたか？

- していない した

3. なにか目薬を使用していますか？

- していない している ⇨ (_____)

4. 普段コンタクトレンズをつけていますか？

- いいえ はい ⇨ (種類: _____)
今つけていますか？ つけている つけていない

5. これまでに次のような病気になったことがありますか？

当てはまるものすべてにチェックをつけて下さい。

- 高血圧 糖尿病 リュウマチ 腎臓疾患 アトピー性皮膚炎
 心筋梗塞・狭心症 不整脈 喘息 花粉症(アレルギー性鼻炎)
 その他 ⇨ (_____)

6. お薬や食べ物にアレルギーはありますか？

- ない ある ⇨ (_____)

7. 喫煙していますか？

- いいえ はい ⇨ (1日 _____ 本程) やめた

8. 【女性のかたへ】現在、妊娠中や授乳中ですか？

- いいえ 妊娠中 授乳中

ありがとうございました。