

眼科 問診票

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ お名前	生年月日
男・女	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所 〒	お電話番号 携 帯: () ご自宅: ()
ご来院のきっかけ インターネット検索・バス広告・電柱広告・お知り合い、他院からのご紹介(_____ 様から) 当院他科に通っている・近くを通りかかって・その他(_____)	

1.いつから、どちらの目に、どのような症状がありますか？（該当するものに○、またはご記入ください）
 （ _____ 年 _____ 月 _____ 日から / _____ くらい前から） （ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ）
 ・見づらい ・かすむ ・ぼやける ・ゆがんで見える ・視野が欠ける ・物が2つに見える ・目の疲れ
 ・充血 ・めやにが出る ・涙が出る ・痛み ・かゆみ ・まぶしい ・瞼の腫れ ・異物感
 ・糸くずやゴミのようなものが飛んでいる ・ないはずの光やキラキラしたの見える ・ドライアイ
 ・コンタクトをつくりたい ・眼鏡をつくりたい ・他院(他科)から受診をすすめられた(_____)
 ・健診の結果(人間ドック・会社・学校の検診)(指摘されたこと _____)
 ・その他 (_____)

2.初診の方は、診察前に視力検査等を致します。事前検査を希望しない方は○をつけてください → ()
 (ただし診察上必要な場合は、事前に検査をさせていただく場合があります)

3.コンタクトレンズを使用していますか？ ※本日装着している場合は、診察前に外していただきます
 はい (1Day ・ 2Week ・ 1Month ・ ハードコンタクトレンズ ・ その他) いいえ

4.今までに目の病気やケガ、手術、レーザー治療をした事がありますか？

病名・手術名	時 期	病 院 名
	右・左・両・不明 年 月 才	
	右・左・両・不明 年 月 才	

5.今までにかかった、または現在治療中の目以外の病気はありますか？
 なし・あり (高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 リウマチ 喘息 鼻炎 かぜ その他(_____)

6.現在服用している処方薬および外用薬(目薬など)はありますか？
 なし・あり (薬品名: _____)

7.アレルギーはありますか？ 8.女性の方にうかがいます
 なし・あり (_____) 妊娠の可能性はありますか？ (なし ・ あり)

9.マイナ保険証による診療情報取得に同意していただけますか？ はい・ いいえ

10.個人情報に配慮した上で、画像やデータを学会等の症例報告に使用することに同意していただけますか？ はい・ いいえ