

眼科問診票

記入日：平成 年 月 日

フリガナ		男 女	生 年 月 日	(明・大・昭・平) 年 月 日生 (歳)
ご連絡先	〒 -	ご職業		
	電話 () 携帯 ()			

※ 次の当てはまるものに○印をしてください。

<p>(1) 今日はどうなさいましたか？</p> <p>① どちらの眼ですか？ ⇒ (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)</p> <p>② その症状は？ (当てはまるものすべてに○印をしてください。)</p> <p>1. 眼が赤い (充血する) 2. メヤニが出る 3. 眼がかゆい</p> <p>4. 眼が痛い 5. ゴロゴロする (異物感) 6. 眼がかすむ</p> <p>7. 涙が出る 8. 黒いものが飛ぶ 9. 眼がかわく 10. 眼が疲れる</p> <p>11. (めがね・コンタクト) をつくりたい</p> <p>12. その他 ()</p> <p>③ いつ頃からですか？ () 日前より () ヶ月前より () 年前より</p>	
<p>(2) 上記のことで他の眼科を受診されましたか？</p>	<p>していない した</p>
<p>(3) なにか目薬を使用していますか？</p> <p>『はい』の場合 ⇒ ()</p>	<p>はい いいえ</p>
<p>(4) 普段コンタクトレンズを使用していますか？</p> <p>『はい』の場合 ⇒ (ハード ・ ソフト ・ 使い捨て)</p>	<p>はい いいえ</p>
<p>(5) 現在コンタクトレンズをつけていますか？</p>	<p>はい いいえ</p>
<p>(6) 次のような病気にかかったことがありますか？</p> <p>(『はい』の場合、当てはまるものすべてに○印をしてください。)</p> <p>1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 心臓病 4. 腎臓疾患</p> <p>5. 不整脈 6. ぜんそく 7. アレルギー性鼻炎</p> <p>8. 花粉症 9. その他 ()</p>	<p>はい いいえ</p>
<p>(7) 目薬や他の飲み薬、注射で副作用が起きたことがありますか？</p> <p>(薬剤名：)</p>	<p>はい いいえ</p>
<p>(8) 女性のみ 妊娠していますか？ (ヶ月)</p>	<p>はい いいえ</p>
<p>(9) 女性のみ 授乳中ですか？</p>	<p>はい いいえ</p>
<p>(10) 何を見て来院されましたか？</p> <p>・ タウンページ ・ 看板 ・ 紹介 ・ ホームページ</p> <p>・ その他 ()</p>	