

年 月 日 眼科問診用紙

ふりがな

お名前 _____ 男 ・ 女 _____ 歳 職業 _____

住所 〒 _____ 電話番号 _____ () _____

以前に当院の治療を受けた事がありますか？

① ある (年 月頃) ②ない

御家族で当院に通院された事がある方はいらっしゃいますか？

①いる どなたですか？ _____ ②いない

(I) 1 目がどんな具合ですか？ (右 左 両方)

①目が痛い ②目がかすむ ③視力が落ちた ④目やにが出る ⑤涙が出る

⑥ゴロゴロする ⑦目が赤い ⑧物が二重に見える ⑨眼鏡・コンタクトレンズを希望

⑩目がかゆい ⑪その他 _____

2 いつ頃から、具合が悪いですか？

3 変化してきていますか？ ①はい _____ ②いいえ

4 思い当たる原因はありますか？ ①はい _____ ②いいえ

5 当院においでになる前に、他の眼科にかかったことがありますか？

①ある いつ頃？ _____

どこに？ _____

何と言われましたか？ _____

②ない

(II) 1 今まで目の病気をされたことがありますか？

① ある 病名 _____ ②ない

2 血縁者で、目の病気をされた方がいらっしゃいますか？

①いる どなたですか？ _____ 病名 _____

②いない

3 今までに大きな病気をされましたか？

高血圧 ある ない 治療中 病院名 _____

糖尿病 ある ない 治療中 病院名 _____

心臓病 ある ない 治療中 病院名 _____

その他 病名 _____ 病院名 _____

4 アレルギー体質 ①ある 花粉症 _____

薬 _____

食物 _____

その他 _____

②ない

5 妊娠 ①している (ヶ月) ②していない 6 喫煙 ①する ②しない

7 眼鏡使用 ①ある ②ない

コンタクトレンズ使用 ①ある (ソフト ・ ハード) ②ない