

眼科 問診票

年 月 日

ふりがな			生年月日	明治	年 月 日
お名前	様 男・女			大正	
ご住所	〒	-	ご職業	昭和	
お電話	(ご自宅)	-			平成
				令和	

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

- 物が見えにくい 目がかゆい 目が赤い 目やにができる 目が痛い
 涙ができる 黒いものが飛んでみえる 目の検診 めがね・コンタクトレンズ を作りたい
 その他 ()

2. 上の症状はいつ頃からありますか、またどちらの目ですか？

(日前から、 ヶ月前から、 年前から) (右目・左目・両目)

3. 今までに目の病気をされたことがありますか？

(はい・いいえ) (病名:) (病医院名:)

目の手術をされたことがありますか？

(はい・いいえ) (手術名:) (病医院名:)

4. 現在または今までにかかったことのある病気がありますか？

- 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 結核 喘息
 その他 ()

5. 現在、服用されているお薬はありますか？

(はい・いいえ) (お薬名:)

6. 今まで目以外で手術されたことはありますか？

(はい・いいえ) (いつ:) (手術名:) (病医院名:)

7. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

(はい・いいえ)

8. 家族の中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？

(はい・いいえ) (病名:)

9. 現在コンタクトレンズを使用していますか？

(はい・いいえ) (レンズの種類:)

10. 女性の方のみ、お答えください。

現在、妊娠していますか？ (はい・いいえ)

ありがとうございました。👁️👁️

かわぐちクリニック