

問 診 表

お手数ですが、ご記入をお願いします。

(ふりがな)	
お名前	男 ・ 女
生年月日 大正・昭和・平成	年 月 日
〒	
ご住所	
電話番号	携帯番号

1. このたびはどういうことで来院されましたか？（複数回答可）

- 1)物が見えにくい 2)目がかゆい 3)目が赤い 4)目やにがでる 5)目が痛い
6)涙がでる 7)黒いものが飛んで見える 8) 学校検診
9)めがねを作りたい 10)コンタクトレンズを作りたい(ハード ・ ソフト)

※上記以外の方は詳しくお聞かせ下さい()

2. 目の具合が悪いのはどちらですか？

右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

3. 上の症状はいつ頃からありますか？

(日前から、 ヶ月前から、 年前から)

4. 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: 眼科名:)

5. 今現在、使用されている点眼薬はありますか？

(はい ・ いいえ) (薬剤名:)

6. 今までにかかったことのある病気がありますか？

(はい ・ いいえ) (高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 結核 ・ 喘息
その他:)

7. 今現在、かかりつけの病・医院はありますか？

(はい ・ いいえ) (病医院名:)

8. 今現在、服用されているお薬がありますか？

はい → 本日お薬手帳をご持参されている場合は、お手数ですが、ご提示ください。
お薬手帳をお持ちでない場合ご記入ください。(薬剤名:)

いいえ

9. 今まで手術されたことがありますか

(はい ・ いいえ) (いつ: 病名: 病医院名:)

10. 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 ・ わからない) (薬: 食べ物:)

11. 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:)

12. 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) 分娩予定日(年 月 日)

ふじわら眼科クリニック