

# 問 診 票

お手数ですが、ご記入をお願いします。

(記入日: 年 月 日)

フリガナ

お名前

男 ・ 女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)

〒

ご住所

電話番号①

電話番号②

緊急連絡先

続柄:

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) ○で囲んでください。

物が見えにくい 目がかゆい 目が赤い 目やにが出る

目が痛い 涙がでる 黒いものが飛んで見える

物が当たった 目に異物が入った

糖尿病(目の奥の検査) メガネを作りたい コンタクトレンズを作りたい(ハード・ソフト)

お仕事中(労災) 学校等(安全会) その他( )

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 今までにかかったことのある病気はありますか？

なし ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 結核 ・ 喘息

その他( )

6 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: )

7 いま現在、かかりつけの病院はありますか？

( 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 今までに手術を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 ) (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