

問 診 票

※おくすり手帳をお持ちの方は受付に出してください。

ふりがな	職業 ()
お名前	大・昭・平 年 月 日生 (男・女) () 才
(〒 —) ご住所	電話 () —

(1) 症状に○をつけてください。(症状が複数ある方は、一番気になる症状に◎をつけてください。)

- | | | | |
|----------------|--------------|--------------|------------------|
| ① 眼痛 (表面・周囲・奥) | ② 赤い (充血・出血) | ③ 目やにが出る | ④ 涙が出る |
| ⑤ かゆい (まぶた・目) | ⑥ ゴロゴロ (異物感) | ⑦ 乾く | ⑧ 違和感 |
| ⑨ 目が疲れる | ⑩ まぶたが腫れる | ⑪ まぶたが垂れる | ⑫ まぶたがピクピクする |
| ⑬ 何か目に入った | ⑭ ぶつけた | ⑮ 視力低下 (遠・近) | ⑯ かすむ |
| ⑰ まぶしい | ⑱ ゆがむ | ⑲ 視界に光が走る | ⑳ 飛蚊症 (ゴミ・糸が見える) |
| ㉑ 視野が欠ける | ㉒ 二重に見える | ㉓ 頭痛 | ㉔ 検診・学校で指摘 |

・メガネ希望 ・コンタクトレンズ希望 ※現在コンタクトを使用していますか? (はい・いいえ)

・眼科健診希望 ・手術希望 ・その他 ()

(2) どちらの目ですか? 両目 ・ 右目 ・ 左目

(3) いつ頃からですか? 本日__時から、(__日前・ __週前・ __カ月前・ __年前) から
発症した時より、症状は (ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

(4) 目の病気にかかったことがありますか?

白内障・緑内障・ぶどう膜炎・網膜剥離・斜視・はやり目・ドライアイ・角膜ヘルペス・円錐角膜
目のケガ・その他 ()
かかっていた眼科は? () ・処方薬 ()

(5) 以下の病気にかかったことがありますか?

糖尿病・高血圧・心疾患・脳疾患・ぜんそく・アトピー ・花粉症・その他 ()
かかっている病院は? ()

(6) 合わないお薬はありますか? ない・ある (具体的に)

(7) シンマシンになったことはありますか? ない・ある (具体的に)

(8) 以下に該当する方は○をつけてください。

自分で車を運転してきた ・ 妊娠中 (週) ・妊娠の可能性あり・授乳中

(9) 当院を何でお知りになりましたか?

紹介 () 様 ・ 電話帳 ・ 当院建物を見て ・ ホームページ (パソコン・携帯) ・