

眼科問診表

大人 子供用 H P

Yoshikawa E.N.T & Eye Clinic

フリガナ

名前 男・女 身長 cm 体重 kg

生年月日 T・S・H・R 年 月 日(才)

〒 - 住所 電話番号



いつ頃から具合が悪いですか？

[]日前から []ヶ月前から []年前から

いちばん困っている症状はなんですか？

め 痛い[右・左] かゆみ[右・左] 違和感[右・左]
かわく[右・左] めやに[右・左] 赤い[右・左]
見えにくい[遠く・近く・どちらも] 異物が入った 疲れる
コンタクト処方希望 めがね処方希望
学校健診で眼科受診をすすめられた

上記症状に当てはまる症状がない場合はこちらにご記入ください。

詳しい検査を希望しない場合はチェックをしてください。

私は詳しい検査を希望しません。

検査が不要であることを必ず医師にお申し出ください。

ある ・ ない もしくは 該当するものに○をつけ
それぞれの詳細を記入してください。

☆ 眼科以外で治療中の病気はありますか？ ある ・ ない

高血圧 心臓病 糖尿病 肝炎 前立腺 腎臓病 緑内障 胃潰瘍
喘息 アトピー性皮膚炎 その他 _____

☆ 過去に治療をした病気はありますか？ ある ・ ない

病名 _____

手術歴 _____

ある ・ ない

☆ 現在服用しているお薬はありますか？ ある ・ ない

お薬の名前がわかる方にご記入ください。

☆ 薬や卵・牛乳などのアレルギーはありますか？

ある

薬剤・食物（卵・牛乳）
症状

・ない

☆ 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？ はい 現在 週 ・ いいえ

授乳中ですか？ はい ・ いいえ

☆ その他なにか伝えておきたいことがあれば、記入してください。

既往歴など

☆ 当院をなにで知りましたか？

電柱看板 ・ 駅看板 ・ インターネット ・ 家族の紹介 ・ 知人の紹介
他院からの紹介（病院名 _____ ） ・ その他