

眼科問診表

HP 大人 子供用

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)


〒 - 電話番号

住所 

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。裏面も記入してください→

