

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→

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はこちらにご記入ください。

☆ **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）	・ ない
	症状	

☆ **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
職場が近い・実家の近く・数年前に来院した・最近引っ越してきた
ワクチンの予防接種で来院した事がある
他院からの紹介（病院名 ） ・ その他