

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)

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 日中連絡が取れる電話番号 

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
	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？

	薬剤・食物（卵・牛乳）	
ある	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  
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