

問 診 票

にしむら眼科

平成 年 月 日

ふりがな		男 女	生 年 月 日	明・大・昭・平
氏 名				年 月 日 才
住 所				
電 話		職 業		

あなたの症状を○で囲んでください。

1. どうされました？ （ ・ 両目 ・ 右目 ・ 左目 ）
 - ・ めやにがでる
 - ・ かゆい
 - ・ 赤い
 - ・ なみだがでる
 - ・ 痛い、異物感がある
 - ・ 目が乾く
 - ・ まぶたが腫れた
 - ・ 何かできた
 - ・ 何か入った、あたった
 - ・ 見にくい （ ・ 遠く ・ 近く ）
 - ・ かすむ、まぶしい
 - ・ 黒いもの（虫や糸くず）が飛んでみえる
 - ・ 目が疲れる
 - ・ 検査希望（学校・検診で用紙をもらった）
 - ・ メガネ希望
 - ・ コンタクトレンズ希望
 - ・ その他（)
2. その症状は、いつ頃からですか？
 - ・ 日前から
 - ・ 週間前から
 - ・ カ月前から
3. 今までに目の病気にかかったことはありますか？ （ ・ ない ・ ある ）
 - ・ アレルギー性結膜炎 ・ 緑内障 ・ 白内障 ・ 網膜剥離 ・ その他（)
 - ・ 他院通院歴 又は 手術歴（)
4. コンタクトレンズを使用していますか？
 - ・ いいえ
 - ・ はい（ ・ ハード ・ ソフト ・ 使い捨てレンズ)
5. 現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？ （ ・ ない ・ ある ）
 - ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ ぜんそく ・ リウマチ ・ 肝臓病 ・ 腎臓病
 - ・ アトピー性皮膚炎 ・ その他（)
6. 薬・注射でアレルギーをおこしたことはありますか？
 - ・ ない
 - ・ ある 薬剤名（)
7. 現在服用中の薬がありますか？
 - ・ ない
 - ・ ある 薬剤名（)
8. 以下にあてはまる方は○をつけてください。
 - ・ 自動車を運転してきた
 - ・ 妊娠中（ 週）
 - ・ 授乳中
9. 当院を何でお知りになりましたか？
 - ・ 知人や家族から
 - ・ 他院から紹介
 - ・ 看板広告
 - ・ タウンページ
 - ・ 当院を直接見て