

# 問診票

(ふりがな)									
お名前								様	(男・女)
生年月日	明・大・昭・平		年		月		日	( )	才
ご住所	〒								
電話	(		—		—		:	携帯	(
									)

1. 本日の症状を教えてください。

①どちらの目ですか？ (右目・左目・両目)

②どのような症状ですか？

目が赤い(充血・出血)  痛みがある  メヤニがでる  かゆみがある  涙がでる

乾燥する  ゴロゴロする  何かが飛んでみえる  かすむ  ぼやける

めがねを作りたい(遠方用<車の運転時など>・手元用<新聞など>・遠近両用)

学校検診  検診で再検査と言われた  その他( )

③その症状はいつからですか？ ( 日前・ヶ月前・時間前から)

※現在、コンタクトレンズをつけていますか？ ( はい・いいえ )

2. 他の眼科を受診されましたか？ ( はい・いいえ )

3. 今までに目の病気や手術をした事がありますか？ ( はい・いいえ )

はいの方へ 病名は？ ( )

いつ頃ですか？ ( )

4. 今までにかかった病気はありますか？ ( はい・いいえ )

糖尿病  高血圧  喘息  花粉症  その他( )

5. 現在、服用中の薬はありますか？ ( はい・いいえ )

はいの方へ 薬名( )

6. アレルギーなど合わないお薬はありますか？ ( はい・いいえ )

はいの方へ 薬名( )

ご記入お疲れさまでした。

大野眼科医院