

眼科問診票

No

ふりがな

自宅 () -

お名前

電話番号 携帯 () -

ご住所 〒

生年月日 昭.平.令 年 月 日 職業

あなたの症状を○で囲んでください。

- ① 本日はどうされましたか？（コンタクトレンズ処方の方もご記入ください）
- ・かすむ、ぼやける
 - ・目やにが出る
 - ・涙が出る、めがうるむ
 - ・まぶしい
 - ・目が赤い（充血している）
 - ・目がかゆい
 - ・目が乾く
 - ・目が痛い、ゴロゴロする
 - ・目が疲れる
 - ・線や虫のようなものが飛んで見える
 - ・両眼で見るとだぶって（二重に）見える
 - ・見える範囲の一部が欠けて見える
 - ・物が歪んで見える
 - ・まぶたが腫れた
 - ・検診で精密検査を勧められた
 - ・眼鏡処方
 - ・コンタクトレンズ処方
 - ・その他 ()
- ② それはどちらの目ですか？ 右眼・左眼・両眼
- ③ いつごろから症状がありますか？ ()
- ④ 今までに目の手術や病気をしたことがありますか？ はい・いいえ
- どの様な病気でしたか？
- ・アレルギー性結膜炎（花粉症）・はやり目・白内障・緑内障（高眼圧）
 - ・網膜剥離/裂孔
 - ・糖尿病網膜症
 - ・眼底出血
 - ・加齢黄斑変性
 - ・斜視
 - ・角膜ヘルペス
 - ・目のケガ
 - ・その他 ()
- ⑤ 現在、他の眼科で診察や診療を受けていますか？ はい・いいえ
- 病気・医院名 ()
- ⑥ 今かかっている、もしくは今までにかかった目以外の病気はありますか？
- 糖尿病・高血圧・心臓病・喘息・アトピー
 - ・その他 ()

裏に続く

- ⑦ 今、使用している目薬や、飲んでいる薬がありますか？ はい・いいえ
()
- ≪「お薬手帳」をお持ちの方は受付にお出してください≫
- ⑧ 食べ物や薬などのアレルギーはありますか？ はい・いいえ
種類が分かれば教えてください ()
- ⑨ 以下に該当する方は○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
- ⑩ 眼鏡を使用されていますか？ はい・いいえ
- ⑪ コンタクトレンズを使用されていますか？ はい・いいえ
「はい」の方は今装用していますか？ はい・いいえ
(当院はコンタクトレンズを安全に使用していただくために処方箋のみの発行は行っ
ておりません。また、コンタクトレンズ処方希望で眼鏡をお持ちでない方は目の安全の
ために眼鏡処方もさせていただきます。)
- ⑫ 当院を何でお知りになりましたか？ 差しつかえなければご記入ください。
()

*保険証のコピーをとらせていただきますのでご了承ください。

*これらの情報は診療・治療などの医療行為のみに利用させていただきます。

ちくさ駅前眼科