

ID:

眼科 問診票

※コンタクトレンズの処方取扱いがございません

フリガナ		性別	生年	明・大・昭・平	体重	kg
氏名		男・女	月日	年 月 日 歳		※小学生以下記入必須
住所	〒 当院に初めて受診される方は 住所・電話番号をご記入ください			TEL		
				携帯番号		

1. いつからお困りですか () 頃から	2. 発症原因に心当たりはありますか <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 工作中(労災) <input type="checkbox"/> スポーツ
3. どちらの眼ですか <input type="checkbox"/> 両眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼	4. 本日は診察後に車・バイクなどの運転をしますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
5. どのような症状ですか <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 充血 <input type="checkbox"/> 目ヤニ <input type="checkbox"/> 涙目 <input type="checkbox"/> 異物感 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 疲れ目 <input type="checkbox"/> 乾燥感 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> かすみ <input type="checkbox"/> 糸のようなものが見える <input type="checkbox"/> 眼鏡処方希望 <input type="checkbox"/> 学校健診で指摘 (視力低下・斜視/斜位・結膜炎・その他) ←該当するものに○ <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 症状の引き続き治療 <input type="checkbox"/> お薬が無くなった <input type="checkbox"/> 証明書・診断書等の希望	
<input type="checkbox"/> 自費診療 グラッシュビスタ外用液剤の処方 (まつげ貧毛症に対する治療外用液剤です)	
<input type="checkbox"/> 自費診療 グラッシュビスタ外用液剤の説明・相談	

この症状で、治療を受けたことはありますか いいえ はい (内容:)現在内服している薬はありますか いいえ はい (お薬手帳: あり なし)
内服している薬 ()

今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか

 高血圧 心臓病 腎臓病 糖尿病 喘息 アトピー 花粉症
 緑内障 白内障 網膜剥離 その他 ()
※その病気の治療を受けたことはありますか いいえ はい (内容:)

眼鏡、コンタクトレンズを使用していますか

 いいえ はい (眼鏡 コンタクトレンズ)

※はいと答えた方 現在使用している眼鏡の使用年数 約()年

コンタクトレンズの装用時間 1日()時間

コンタクトレンズの種類 ソフト ハード その他
 ワンデー ウィーク その他

薬や食べ物のアレルギーはありますか

薬 : いいえ はい

薬剤名: 症状:

食べ物 : いいえ はい

食べ物名: 症状:

女性の方のみお答えください

※妊娠中ですか: いいえ はい 可能性がある (妊娠 週目)※授乳中ですか: いいえ はい (出産予定日 年 月 日)

*本日は何を見て来院されましたか。○をつけてください。

1) 知人の紹介 2) 病院の紹介 3) 通りがかり 4) インターネット
5) 広告・チラシ 6) 地域新聞 7) 駅看板 8) その他 ()

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付窓口までご提出ください。