

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

氏名		体重	kg
		※小学生以下の方はご記入ください	

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

※授乳中ですか: いいえ はい

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。

