

問 診 票

フリガナ.....	大 昭
	平 令 年 月 日生 (歳)
氏 名	性 別 男 ・ 女
〒 ー	電 話
住 所	緊急連絡先

- (1) 問題はどちらの目ですか？ (右 左 両方)
- (2) それはいつからですか？ () から
- (3) 今日はどんなことでおいでですか？ (○をつけてください)
- めやに 痛い 赤い かゆい ごろごろする なみだ しみる
目が乾く 目が疲れる ぶつけた 物が入った まぶたが腫れた
何か飛ぶものが見える 見にくい (かすむ まぶしい ゆがむ 暗い)
白内障といわれている 学校健診から その他健診から メガネ作製
その他 ()
- (4) 本日は、コンタクトレンズを装用されていますか？ (はい いいえ)
- (5) 紹介状はありますか？ (ない ある) → 紹介元は？ ()
- (6) 治療中のからだの病気はありますか？ (ない ある)
- 糖尿病 高血圧 心臓病 ぜんそく アトピー その他 ()
- 通院中の病院 ()
- (7) いつも飲んでいるお薬はありますか？ (ない ある)
- お薬の名前 ()
- (8) 現在使用中の目薬はありますか？ (ない ある)
- 目薬の名前 ()
- (9) 体に合わないお薬はありますか？ ない ある ()
- (10) 女性の方にお伺いします。現在、妊娠中ですか？ (はい いいえ 授乳中)
- (11) アレルギーが疑わしい場合、アレルギー検査を希望されますか？
- (はい 相談したい いいえ)
- (12) どのようにこちらの眼科を知りましたか？
- 知人・家族の紹介 インターネット 近所 通りがかり その他 ()