

問 診 票



ふりがな		男 ・ 女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 才	12歳以下 体重 ()kg
お名前	様		職 業		
住 所	〒	—	電 話	()	
			携 帯	()	

1. どうなさいましたか 右目・左目・両目

めやにが出る・赤い・腫れた・痛い・ゴロゴロする・かゆい・かわく・涙が出る
 見えづらい(遠く・手元)・まぶしい・かすむ・ゆがむ・黒いものが飛ぶ・疲れる
 目にあたった/入った(何が?)・他院で今まで受けてきた治療を継続したい
 メガネ処方希望・コンタクト処方希望(コンタクトの使用は初めてですか? いいえ・はい)
 学校検診、人間ドックで精密検査を勧められた(結果)
 その他()

2. いつ頃からですか

本日()時頃から・()日前から・()ヶ月前から・()年前から

3. アレルギーはありますか

いいえ・はい⇒花粉症・アトピー・アルコール・その他()

4. お薬を使って具合が悪くなったこと(アレルギーが出たこと)はありますか

いいえ・はい⇒薬剤名()

5. 今までに目の病気にかかったことはありますか

いいえ・はい⇒病名() いつ頃?()
 治療中ですか? いいえ・はい(薬剤名)

6. 目以外にかかった(現在かかっている)病気はありますか

糖尿病・高血圧・不整脈・心筋梗塞・脳梗塞・喘息・甲状腺疾患・()

お使いの薬はありますか

いいえ・はい⇒(薬剤名)

7. メガネ、コンタクトは使用されていますか

いいえ・はい⇒メガネ・コンタクト(ワンデー・2ウィーク/1ヶ月・ソフト・ハード)

8. 女性の方へ 妊娠中ですか? いいえ・はい⇒()ヶ月 授乳中ですか? いいえ・はい

9. 本日は何で来院されましたか 徒歩・電車/バス・自転車・自分で運転・送迎

10. 当院を何でお知りになりましたか

通りがかり・ご家族/知人・ホームページ・バス放送・眼鏡店・電話帳 ありがとうございます

※ お薬手帳をお持ちの方は、お出しください ※