

お名前 (カタカナ)	
---------------	--

問診記入中（保チェック済）/保険証or83忘れ 医事課記入欄：
------------------------------------

## 眼科 問診票

※下記の質問に全てご回答下さい。

1.今までに薬剤でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

いいえ はい → 薬剤名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_

2.いつ頃からどのような症状でお困りですか。（詳細は診察室でお話下さい。）

いつ頃からですか。 \_\_\_\_\_ 頃から

どのような症状ですか。 \_\_\_\_\_

症状が出ている部位はどちらですか。 両眼 右眼 左眼

3.下記の項目のご希望はありますか。

コンタクト処方 眼鏡処方

※当クリニックではコンタクトレンズの販売や、価格のお問い合わせの回答を行っておりません。

※目に傷がある場合などコンタクト処方ができない場合がございますが、ご了承いただけますか。

いいえ はい

※コンタクトの使用経験はございますか

初めて 使用経験有り

4.今までに下記の病気や手術歴などがありましたら記入して下さい。

緑内障 白内障 網膜剥離 アトピー 糖尿病 高血圧 心臓病 花粉症  
鼻炎 喘息 腎臓病 その他（ \_\_\_\_\_ ）

5.現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は受付でご提示下さい。

いいえ はい → : \_\_\_\_\_ お薬手帳 あり なし

6. 本日の診察後に自動車や二輪車の運転をする予定はありますか？

いいえ はい

7. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり

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、受付までご提出願います。