

ID
予約(有・無)

眼科問診票

※太枠内は必ずご記入下さい(新患の方・変更のある方は住所・電話番号の記載もお願い致します。)

フリガナ		生年月日	明 大 昭 平				
氏 名	男・女		年	月	日		歳
住 所	〒	当院初めての方・前回来院時から変更のある方のみ 住所・電話番号の記載をお願いします。	携帯番号	-	-		
			TEL	-	-		

下記のご質問にお答え下さい。

《重要》今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬のアレルギー

いいえはい

薬剤名:

症状:

食べ物のアレルギー

いいえはい

食べ物名:

症状:

1.本日はどのような症状でお困りですか。

痛みかゆみ充血目ヤニ異物感乾燥感疲れ目かすみ涙目ぼやける視力低下はれている糸のような物がみえるその他の症状

2.いつ頃からですか。

今日昨日2~3日前1週間前その他()

3.どちらの眼ですか。

右眼左眼両眼

4.今までに下記の病気にかかったことはありますか。

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、使用している薬がある場合はご記入ください。お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

お薬:

6.眼鏡、コンタクトレンズは使用していますか。

いいえはい眼鏡コンタクト両方

7.本日はお車で来院ですか。

いいえはい

8.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

(当院が初めての方にお聞きします) 当院をどのようにしてお知りになりましたか。

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) チラシ広告 6) 看板 7) その他()

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。