

ID  
予約(有・無)

## 眼科問診票

受診日： 年 月 日  
診察券をお持ちの方は、※フリガナ・氏名の記入と各質問にお答え下さい。

※フリガナ		生年月日	明 大 昭 平	年	月	日	歳
※氏名	男・女						
住所	〒 -		携帯番号	-	-	-	-
			TEL	-	-	-	-

下記のご質問にお答え下さい。

1.本日はどのような症状でお困りですか。

- |                                     |                                 |                             |                               |                               |                                |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <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"/> 異物感  | <input type="checkbox"/> 乾燥感   |
| <input type="checkbox"/> 疲れ目        | <input type="checkbox"/> かすみ    | <input type="checkbox"/> 涙目 | <input type="checkbox"/> ぼやける | <input type="checkbox"/> 視力低下 | <input type="checkbox"/> はれている |
| <input type="checkbox"/> 糸のような物がみえる | <input type="checkbox"/> その他の症状 | 〔 〕                         |                               |                               |                                |
|                                     |                                 |                             |                               |                               |                                |

2.いつ頃からですか。

- |                             |                             |                                |                               |                                  |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 今日 | <input type="checkbox"/> 昨日 | <input type="checkbox"/> 2~3日前 | <input type="checkbox"/> 1週間前 | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|

3.どちらの眼ですか。

- |                             |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 右眼 | <input type="checkbox"/> 左眼 | <input type="checkbox"/> 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。

- |                                  |                              |                               |                               |                              |                              |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 緑内障     | <input type="checkbox"/> 白内障 | <input type="checkbox"/> 網膜剥離 | <input type="checkbox"/> アトピー | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高血圧 |
| <input type="checkbox"/> 心臓病     | <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> 鼻炎   | <input type="checkbox"/> 喘息   | <input type="checkbox"/> 腎臓病 |                              |
| <input type="checkbox"/> 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.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

- |                              |                             |            |           |
|------------------------------|-----------------------------|------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | 薬剤名： _____ | 症状： _____ |
|------------------------------|-----------------------------|------------|-----------|

食べ物のアレルギー

- |                              |                             |             |           |
|------------------------------|-----------------------------|-------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | 食べ物名： _____ | 症状： _____ |
|------------------------------|-----------------------------|-------------|-----------|

7.眼鏡、コンタクトレンズは使用していますか。

- |                              |                             |  |
|------------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | ⇒ ( <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> 両方 ) |
|------------------------------|-----------------------------|--|

8.本日はお車で来院ですか。

- |                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
|------------------------------|-----------------------------|

9.女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか

- |                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
|------------------------------|-----------------------------|

授乳中ですか

- |                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 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 ( ) |
|----------|----------|----------|------------|----------|-------|------------|

外出を希望される方は、受付にてお手続きをおお願い致します。可能時間 午前診療12:00まで 午後診療17:30まで  
お時間までに戻られず、お呼び出しの際にも不在の場合は、診療受付を取り消しとさせていただきます。

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。