

お名前 (カタカナ)	年齢	性別
	歳	男・女

<input type="checkbox"/> ERIYORI-確認済	<input type="checkbox"/> 新患
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。

【重要】新型コロナウイルス関係のご質問にお答えください。	
○高熱、だるさ、息苦しさなどの症状はございますか。 ※解熱剤を飲み続けている方も同様です。(月 日から)	はい・いいえ
○下記(※)のいずれかに当てはまる方で発熱や咳などの比較的軽い風邪症状はございますか ※高齢者(65歳以上)/糖尿病・心不全/呼吸器疾患(COPD等)の基礎疾患のある方 透析を受けている方/妊娠されている方/免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方 ※下記に数日間の最高熱が何度であったかご記入ください。 3日前(°C) 2日前(°C) 1日前(°C) 本日(°C)	はい・いいえ
○37.5度以上の発熱が4日以内に一度でもございましたか。	はい・いいえ
○味覚及び嗅覚に関して、異常を感じることはございますか。	はい・いいえ
○同伴者様に上記の症状はございますか。	はい・いいえ

1.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。

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。