

眼科 問診票

ID: _____ 身長: _____ cm 体重: _____ Kg

ふりがな _____ 男 生年月日 _____
氏名 _____ 女 大・昭・平 年 月 日 (歳)

住所: _____ 電話番号: _____
(自宅)
(携帯)

1 受診理由を選んでください(複数選択可)

目が赤い・充血 ゴロゴロする メヤニが出る 流涙 目がカユイ 目が疲れる 目が痛い
目が見えにくい 黒いものが見える 物がゆがんで見える 物が二重に見える 斜視がある
さかさまつげ 目をぶつけた まぶたが下がる まぶたが腫れている
その他(_____)

2 上で選んだ症状は、どちらの目にいつ頃から現れましたか

右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 _____ ころから

3 今まで眼科にかかった事がありますか

(_____)眼科・病院 病名: _____

4 眼科以外の病気で現在治療中のものはありますか(あり なし)

糖尿病 高血圧 喘息 アトピー ヘルペス その他(_____)

5 現在、飲んでいる薬があれば教えてください(あり なし)

薬 _____

6 薬に対するアレルギー、花粉症などのアレルギー体質はありますか

薬のアレルギー(あり なし) 薬の名前(_____)

花粉症(あり なし) その他(_____)

7 妊娠中の可能性はありますか(あり なし)

※ 当クリニックでは、コンタクトレンズ等の取り扱いはおこなっておりません。

職員記載欄

新患	紹介	登録時間	担当	看護師