

眼科問診表

できるだけ早く症状をうかがうために記入よろしくをお願いします

ID		日付	令和	年	月	日
氏名		年齢	歳	性別	男・女	

どんな症状ですか？どちらの目ですか？いつ頃からですか？（なるべく具体的にお願いします）

まぶたのはれ 右・左・両

めやに 右・左・両

赤い・充血 右・左・両

いたい 右・左・両

涙が出る 右・左・両

ころころする 右・左・両

乾く 右・左・両

つかれる 右・左・両

見えにくい 右・左・両

ゆがむ 右・左・両

二重に見える 右・左・両

検診

メガネの相談

コンタクトレンズの相談

紹介

その他

車・単車を運転してこられましたか？ いいえ はい

今までに眼科を受診したことがありますか？ いいえ はい

血のつながった方に目の病気の方はおられますか？ いいえ はい

メガネ・コンタクトレンズを使っていますか？ いいえ はい

下記の病気をしたことがありますか？

ない 心臓病 高血圧 糖尿病 腎臓病 脳梗塞 脳出血 蓄膿 喘息 アトピー アレルギー

眼科以外のかかりつけの医院・病院はありますか？ いいえ はい（のちほどお聞きします）

使用中の薬はありますか？ いいえ はい（のちほどお聞きします）

薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ いいえ はい（のちほどお聞きします）

女性の方に 該当なし 妊娠中（予定日 年 月 日） 妊娠の可能性あり 授乳中 生理中

ご協力ありがとうございました。検査・診察にお呼びしますのでお静かにお待ちください。

診 療 申 込 書		受診日 令和 年 月 日	
ふりがな		性 別	旧 姓
氏 名	姓 名	男 ・ 女	
生年月日	M T S H R 年 月 日	年齢	歳
現 住 所	〒 —		
	ふりがな 都 道 市 府 県		
連絡先① ()	— —	連絡先② ()	— —
病院使用欄 ID		※連絡先が、本人以外に繋がる場合は、 関係を()内に記載をお願いします。	
