

眼科問診表

氏名 _____

年齢 _____ 歳 性別 ()

・紹介状 あり なし

・本日はどのような症状で来られましたか？（なるべく具体的に記入お願いします）

・それはどちらの眼ですか？ 両 ・ みぎ ・ ひだり

・いつ頃からですか？

・現在、何かの治療を受けていますか？

なし

あり

病院名 () 病名 () 内服あり・なし

病院名 () 病名 () 内服あり・なし

病院名 () 病名 () 内服あり・なし

・過去に大きな病気や手術を受けたことがありますか？（例えば白内障手術など）

()才 病名 ()

()才 病名 ()

()才 病名 ()

・車・単車・自転車等を運転してこられましたか？ はい いいえ

・コンタクトレンズを装着していますか？

はい → 検査・診察までに外しておいてください。

いいえ

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。	
