

# 眼科問診表

氏名

年齢

性別 ( )

・紹介状 あり なし

・本日はどのような症状で来られていますか？（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？

・本日は1人で来られていますか？ はい 同伴者あり（本人との関係： ）

・現在、何かの治療を受けていますか？（例えば糖尿病、高血圧など）

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 ( )

・本日、運転して来られていますか？ はい（車・単車・自転車） 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。	

-----