

問 診 表

年 月 日

ふりがな 受診者氏名	職業()
(男・女) 生年月日 明 大 昭 平	年 月 日 () 才
住 所 〒□□□□-□□□□	
TEL() -	
※住所や電話番号の記入に関して、不都合のある方はお申しつけ下さい。	

◎あなたの症状を○で囲んで下さい。

- どうされましたか？
 - ・めやに
 - ・見にくい（遠く・近く）
 - ・かゆみ
 - ・かすむ
 - ・充血／出血
 - ・二重に見える
 - ・涙がでる
 - ・黒いもの（虫や糸くずのようなもの）が見える
 - ・まぶたがはれた
 - ・（メガネ・コンタクトレンズ）希望
 - ・何かできた
 - ・眼科健診希望
 - ・眼がかわく
 - ・その他
 - ・眼が疲れる
 - （)
 - ・痛い
- どちらの目ですか？
 - ・ 右目
 - ・ 左目
 - ・ 両目
- いつごろからですか？
 - ・ 今日から
 - ・ 日前より
 - ・ 週間前より
 - ・ か月前より
 - ・ 年前より
- 今まで目の病気にかかったことはありますか？
 - ・ ない
 - ・ ある
 - ・ アレルギー性結膜炎（花粉症）
 - ・ はやり目
 - ・ 緑内障
 - ・ 白内障
 - ・ 網膜剥離
 - ・ 目のケガ
 - ・ 角膜ヘルペス
 - ・ その他（)
- 今までに手術を受けたことがありますか？
 - ・ ない
 - ・ ある（眼 科：)
 - ・ 他科：)
- 現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？
 - ・ ない
 - ・ 糖尿病
 - ・ 高血圧
 - ・ ぜんそく
 - ・ アトピー
 - ・ その他（)
- 現在内服中の薬がありますか？
 - ・ ない
 - ・ ある（おわかりになれば薬の名前を記入して下さい）
 - （)
- 薬や注射のアレルギーはありますか？
 - ・ ない
 - ・ ある（)
- メガネ、コンタクトレンズは使われていますか？
 - ・ いいえ
 - ・ はい（メガネ・老眼鏡・コンタクトレンズ）
- 以下に該当する方は○をつけて下さい。
 - ・ 自動車を運転してきた
 - ・ 妊娠中（ 週）
 - ・ 授乳中
- 当院を何でお知りになりましたか？
 - ・ 当院を直接見て
 - ・ 田辺耳鼻科から
 - ・ ホームページ（携帯・パソコン）
 - ・ 看板広告
 - ・ タウンページ
 - ・ 家族から
 - ・ 友人知人から（ 様よりご紹介）
 - ・ その他（)

※差しつかえなければご記入ください。