

問 診 表

記入日： 年 月 日

ふりがな： _____

氏 名 _____ 男・女

生年月日：大・昭・平 年 月 日生 (年齢 歳)

〒 -

住 所： _____ 電話 (自宅) _____

勤務先： _____ 電話 (勤務先) _____

(1) 眼についてどうなさいましたか？チェックしてください。

☐ 全体がぼやける (右・左・両眼)

☐ 見えない部分がある (右・左・両眼)

☐ 物がゆがんで見える (右・左・両眼)

☐ 中心が見えない (右・左・両眼)

☐ 黒いものが飛ぶ

☐ まぶしい

☐ 目が疲れる

☐ 目が乾く

☐ 目が赤い

☐ ゴロゴロする

☐ 目が痛い

☐ 目がかゆい

☐ 目やにがでる

☐ 健康診断で (_____) といわれた

☐ その他 (_____)

(2) 症状はいつからですか？ (_____ 前から)

(3) 今までに眼の病気にかかったことが (ある・ない)

病名 (_____) 病院名 (_____)

(4) からだの病気はありますか？○で囲んでください。

高血圧・糖尿病(食事療法、内服、インスリン)・心臓病・脳いっ血・脳梗塞・喘息・鼻炎

その他 (血をサラサラにする薬を飲んで、いまいか、(ハイ・イエ) 薬を _____)

(5) アレルギー (ある・ない) (_____)

(6) くすりや注射で具合が悪くなったことが (ある・ない)

「ある」とお答えの方 (薬剤名： _____)

(7) 妊娠、またはその可能性 (ある・ない) 妊娠 (_____ ケ月)

(この個人情報は当院での診療目的のためのみに使用します)

桑園むねやす眼科