

問診票

フリガナ

お名前

性別 男・女 生年月日 大・昭・平

年

月

日

〒

ご住所

電話番号（携帯）

10歳未満の方は体重を記入して下さい（

kg）

1. 本日は、どのような目の症状ですか？（ 右目・ 左目・ 両目 ）

よく見えない ・ かすみ ・ ぼやける ・ 二重に見える
歪んで見える ・ まぶしい ・ 痛い ・ かゆい ・ 目が赤い ・ 瞼が腫れる
涙が出る ・ ゴロゴロする ・ 目が疲れる ・ 目が乾く ・ 黒い点が見える
糸やゴミのようなものが見える ・ メヤニが出る

その他の症状（ ）
いつからですか？ 昨日 ・ 2日前 ・ 3日前 ・ 1週間前 ・ それより前 （ ）

2. 今まで目の病気されたことはありますか？ ない ・ ある

病名（ ）

その病気について、治療を受けたことがありますか？ ない ・ ある

時期 頃 眼科にて

3. 現在治療中の病気、今までにかかった病気はありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 狭心症 / 心筋梗塞 ・ 脳梗塞 / 脳出血 ・ 癌 ・ 前立腺肥大
その他 （ ）

4. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？ ある ・ ない
お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せ下さい。（ ）

5. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？ ある ・ ない
食べ物 ・ 薬 （ ）

6. （女性の方のみ） 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい ・ いいえ

7. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？（複数回答でも構いません）

①近所に在住（通勤・通学路） ②ホームページ ③広告・看板 ④知人の紹介
⑤他の医療機関からの紹介 ⑥その他（ ）