

問診票

日付 H 年 月 日

ふりがな		電話	ご自宅		
お名前	様 男・女		携帯		
			その他		
生年月日	M/T/S/H 年 月 日	年齢	才	職業	
ご住所	〒				
主 訴	今日はどんな理由で来院されましたか？				
	どちらの眼が… (両眼 右眼 左眼)				
	いつから… (今日・__日前・__週間前・__ヶ月前・__年前)から				
	どんな症状ですか				
	① (眼鏡なしで ・ 眼鏡をしても) (近く ・ 遠く)が見えにくい ② 眼が痛い ③ 眼がかゆい ④ 眼が乾く ⑤ 目ヤニがでる ⑥ 眼が充血する ⑦ 眼がつかれる ⑧ 視野が狭い ⑨ (片・両)目で見て2重に見える ⑩ 黒いものが飛んで見える ⑪ 歪んで見える ⑫ その他 ()				
既往歴	今までに眼の病気をしたことは (ない ・ある :病名_____いつ頃_____)				
	かかりつけの眼科は (ない ・ある :医院名_____)				
	現在又は過去にかかったことのある病気をおしえていただけますか (ない・ある :糖尿病・高血圧・狭心症・心筋梗塞・不整脈・脳梗塞 ・喘息・腎臓病・花粉症・アトピー性皮膚炎・他の病気:_____)				
	現在お使いの薬は (ない ・ある :薬品名_____)				
薬・麻酔薬・食物等のアレルギーは (ない ・ある :_____)					
家族歴	血縁の方で次の病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？ (緑内障・夜盲・糖尿病)				
妊娠授乳	女性の方にお聞きます。 妊娠の可能性は (ない ・ある :__週) 授乳を (していない ・している)				
当院をどのようにお知りになりましたか？					
家族・知人からの紹介 (お名前 _____) ・ ホームページを見て ・ 駅の看板を見て 通りすがり ・ ご近所に (お住まい・通勤・通学) されている 昔来たことがある(____年位前) ・ 他院からの紹介(医院名 _____) ・ その他 (_____)					

○ ありがとうございました。もうしばらく診察までお待ちください

澤眼科医院