

問診表

記入日

年 月 日

ふりがな					
氏名					
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	年齢
住所	〒			電話(自宅)	()局
勤務先名				電話(勤務先)	()局
主訴	眼について今日はどうなさいましたか。あてはまるものを○で囲んでください。				
	・眼が痛い ・眼がかゆい ・見えにくい ・眼やにが出る ・視野が欠けて見える ・視野にゴミのようなものが見える(飛蚊症) ・めがね・コンタクトを作りたい その他 具体的にお書きください()	(右眼・左眼・両眼)	・眼がかわく (右眼・左眼・両眼)	・眼が疲れる (右眼・左眼・両眼)	・充血する (右眼・左眼・両眼)
以上のようなことが(日前・ヶ月前・年前)よりある					
既往歴	今までに眼の病気にかかったことが(ある・ない)				
	あるとお答えの方 病名(白内障・緑内障・黄斑変性・)				
現在眼の病気で治療中の方	今使っている薬は()				
	現在かかっている他の病気はありますか。あてはまるものを○で囲んでください。				
その他	・高血圧 ・花粉症	・糖尿病 ・脳梗塞	・心臓病(狭心症・心筋梗塞・) ・胃・十二指腸潰瘍	・喘息	
	()				
今までにアレルギー体質といわれた事は(ある・ない)					
今までに(薬・注射・食べ物)で具合が悪くなったことは(ある・ない)					
あるとお答えの方(薬・食べ物の名前:)					
妊娠している、またはその可能性がありますか(ある・ない)					
あるとお答えの方(妊娠ヶ月)					
家族歴	血のつながったご家族で病気を持たれていた方はおられますか。				
	(緑内障・夜盲症・糖尿病・その他)				
初めて来院される方へ 当院をどのようにしてお知りになりましたか。					
あてはまるものを○で囲んでください。					
<ul style="list-style-type: none"> ・お知り合い(ご家族・ご友人)からのご紹介 ・駅の看板を見て ・バスの広告を見て ・ホームページを見て ・電話帳を見て ・その他() 					
これから診察となります。ご不安な事、ご希望等があればご記入ください。()					
ありがとうございました。では診察までしばらくお待ちください。					