

問診表

フリガナ						
おなまえ						
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	性別	男・女
ご住所						
電話番号						

症状	①症状のあるのはどちらの眼ですか？ 1) 右眼 2) 左眼 3) 両眼	
	②症状が出たのはいつ頃からですか？ _____ 頃から	
	③症状に○をお付けください。 1) 眼がかすむ 2) まぶしい 3) 物が二つに見える 4) 眼の中に何か飛んでいる 5) 物がゆがんで見える 6) 物が欠けて見える 7) 最近近くが見えにくい 8) 疲れる 9) 眼が乾く 10) 眼が痛い 11) 眼が赤い 12) めやにがでる 13) 眼がかゆい 14) 涙が出る 15) 眼が腫れている 16) できものがある 17) 眼にごみが入った 18) 検診・人間ドックの結果、受診を勧められた 19) めがねを作りたい (運転用・老眼鏡)	
	その他の症状があれば具体的に	
	④ 症状が出てから悪化していますか？ 1) 悪化している 2) 変わらない 3) 回復している	

⑤ 眼科にかかれたことはありますか？ 1) 有り 2) 無し いつ頃 () どこに？ () 手術やレーザー治療は受けられましたか？ (内容： 時期：)

⑦ 眼科以外で現在治療中の病気はありますか？ 1) 糖尿病 2) 高血圧 3) 高脂血症 4) 心臓疾患 5) 喘息 6) 花粉症 7) アトピー 8) その他 () どちらにかかっていますか？ () 使用中の薬は？ ()
--

⑧ 女性の場合、現在妊娠、あるいは授乳中ですか？ 1) はい 2) いいえ

⑨ 薬のアレルギーはありますか 1) ある：薬の種類を具体的に () 2) なし

ご記入ありがとうございました。

医療法人社団 おじま眼科クリニック