

眼科 問診票

(フリガナ)

お名前 _____ 男・女 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
下 _____

ご住所 _____ 電話番号 _____

① このたびはどういうことで来院されましたか？

見えにくい ・ 赤い ・ 目やに ・ 涙がでる ・ かゆい ・ 痛い

まぶたが腫れた ・ 黒いものが飛んで見える

その他 (_____)

★コンタクトレンズを作りたい ★めがねを作りたい

② 今までにかかったことのある病気がありますか？

なし・高血圧・糖尿病・ぜんそく・アトピー・アレルギー性鼻炎

心臓病・腎臓病・近視・緑内障・白内障・アレルギー性結膜炎

その他 (_____)

③ 現在、服用されているお薬はありますか？

いいえ ・ はい (お薬名: _____)

④ 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ ・ はい (ある場合は具体的に _____)

⑤ 女性の方にお尋ねします。

★ 妊娠していますか。(はい { _____ 週目} ・ いいえ ・ わからない)

★ 授乳中ですか? (はい ・ いいえ)