

問診票

ふりがな	生年月日
氏名	T S H R 年 月 日 (才)
住所 〒 -	電話番号
	携帯番号

◆現在の症状についてお答え下さい。

○どちらの眼ですか？ 右眼 左眼 両眼

○いつからですか？ 今日 昨日 2～3日前 1週間前 それ以上前 (か月 年)

○どんな症状ですか？ (いくつでもお答えください。)

赤くなった 痛い かゆい めやにがでる 腫れた 見えにくい 眼が乾く
 眼が疲れる 涙がでる 黒いものが見える 眼鏡を作りたい 健康診断の再検査
 その他 ()

◆ご希望の治療はありますか？

白内障手術 眼瞼下垂手術 近視手術
 その他 ()

◆目の病気にかかったことはありますか？

白内障 緑内障 糖尿病網膜症 加齢黄斑変性 眼底出血 網膜剥離 ドライアイ
 その他 ()

○目の手術を受けたことがありますか？ ある ない
 いつどこで？ どのような手術？

◆ご来院のきっかけは？

インターネット 看板 雑誌 家あるいは職場から近い
 知人の紹介 (様) その他 ()

◆コンタクトレンズを使用されていますか？ いいえ はい (ソフト ハード)

◆現在、治療中の身体の病気はありますか？

糖尿病 高血圧 高脂血症 心疾患 脳疾患 腎疾患 肝疾患 肺疾患 喘息
 前立腺肥大 その他 ()

○現在、内服中の薬があれば記入してください。(わかる範囲で)

◆薬、注射、食物などでアレルギーを起こしたことがありますか？ ある ない
 ある、とお答えになった方は、何で、どういった症状がでましたか？

◆女性の方に質問です。

○現在、妊娠されていますか？ いいえ はい (妊娠 か月)
 ○授乳されていますか？ いいえ はい

◆診察医師の希望はありますか？ 院長 副院長 希望なし

ありがとうございました。