眼科問診票

記入日：　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	
お名前	（ 男 ・ 女 ）	年　月　日（　歳）	
TEL		現在の体温	℃

■本日の症状（ 右目 ・ 左目 ・ 両目 ）

□目やにが出る　□目が赤い　□目がかゆい　□目が痛い
□目がかすむ　□物が２つに見える　□目の位置がおかしい　□異物が入った
□打撲した　□視力低下　□涙が出る　□黒い点や糸の様なものが見える
□まぶたが腫れた　□まぶたのできもの　□その他（　　）

□メガネ処方希望　□コンタクトレンズ処方希望　（ハードレンズはお取扱いしておりません）

■いつ頃からですか

昨日 ・ ２日前 ・ ３日前 ・ 急に悪くなった ・ 徐々に悪くなった ・ その他（　　前頃から）

■今までに眼の病気や大きな病気やけが、あるいは現在治療中の病気はありますか

なし ・ あり → 眼の病気（　　）
病気やけが（　　）
いつ頃ですか（約　　ヶ月前 ・ 約　　年前）
現在治療中（　　）（医療機関名：　　）

■ 今までに次のような病気をされたことがありますか

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 気管支喘息
その他（　　）

■現在飲まれているお薬はありますか（ありの方は診察時お薬手帳をお出しください）

なし ・ あり

■お薬や食べ物でアレルギー等、異常があったことはありますか

なし ・ あり →お薬、食べ物の名前（　　）

■たばこを吸いますか

吸う　　本/日　　年間 ・ 以前吸っていた　　本/日　　歳頃～　　歳頃　　年間
吸わない ・ 周囲にたばこを吸う人がいる

■お酒は飲みますか

飲む　何を（　　）・ どのくらい（　　/日）
飲まない

■<女性の方のみ>現在、妊娠中もしくは授乳中ですか

妊娠 ： はい ・ いいえ ・ 可能性あり　妊娠中の方→（　　ヶ月）

■その他、お気付きのこと等あればご記入ください

ご記入ありがとうございました。