

瀬田しもぞの眼科 問診票

記入日 年 月 日

(ふりがな) お名前 男・女 生年月日 西暦 年 月 日(歳)

住所 〒

電話番号 携帯電話

1. 本日はどうされましたか？ (○をつけてください)

(右目 ・ 左目 ・ 両目)

	※一番気になる症状には◎をつけてください。
見え方の異常	・見えにくい ・かすむ ・まぶしい ・視野が欠ける ・糸くずが見える ・ゆがんで見える ・だぶって見える
不快感	・痛い ・かゆい ・赤い(充血) ・めやに ・乾く ・コロコロする ・涙が出る ・目が疲れる
目つき	・まぶたが下がる ・まぶたがはれる ・目の向きがずれる
外傷・異物	・目をぶつけた ・異物が入った(具体的に:)
眼鏡・コンタクト	・眼鏡を作りたい ・コンタクトレンズを作りたい
その他	()

●症状はいつ頃からですか？ ()

2. 眼鏡やコンタクトレンズを使っていますか？ (はい・いいえ)

・眼鏡 ・ソフトコンタクト ・ハードコンタクト

3. 今までにかかった病気はありますか？ (はい・いいえ)

・目の病気(具体的に:)
・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・脳卒中 ・腎臓病 ・肝臓病 ・リウマチ/膠原病
(具体的な病名・その他:)

●かかりつけの病院・医院名 ()

4. アレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

・ぜんそく ・アトピー ・花粉症 ・アルコール消毒 ・ヨード/イソジン消毒 ・造影剤
・薬剤アレルギー(具体的に:)

5. 女性の方へ 現在妊娠中や授乳中の方はお知らせください。

(妊娠中 ・ わからない ・ 授乳中 ・ 該当なし)

6. その他、医師に伝えておきたいことがあればお書きください。

()

7. 当院を何でお知りになりましたか？

・家族、知人の紹介 ・医療機関からの紹介 ・インターネット ・近所 ・広告
・その他 ()

ご協力ありがとうございました。