

# 問 診 票

お手数ですが、ご記入願います。

フリガナ
お名前 _____ 男 ・ 女 _____才
生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 _____年 _____月 _____日
〒 _____
ご住所 _____
電話番号：自宅（ _____ ） 携帯（ _____ ）

1. このたびはどういうことで来院されましたか？○で囲んでください。

- ・目の痛み      ・目のかゆみ      ・目の充血      ・目の腫れ
- ・目やに      ・目の乾き      ・目のかすみ      ・疲れ目
- ・涙が出る      ・目を打った      ・光が走る      ・目がゴロゴロする
- ・物が見えにくい      ・黒いものが見える      ・目に物が入った
- ・めがねを作りたい      ・学校検診      ・目の検診
- ・白内障手術について      ・他院からの紹介
- ・その他 \_\_\_\_\_

2. 上の症状はいつ頃からありますか、またどちらの目ですか？

今朝～ ・ \_\_\_\_\_日前～ ・ \_\_\_\_\_ヶ月前～ ・ \_\_\_\_\_年前～  
( 右目 ・ 左目 ・ 両方 )

3. 今までに目の病気をされたことがありますか？

- ・白内障      ・緑内障      ・もうまくはくり網膜剥離      眼科名： \_\_\_\_\_

4. 今までにかかったことのある病気がありますか？

- ・こうけつあつ高血圧      ・とうにようびょう糖尿病      ・しんぞうびょう心臓病      ・じんぞうびょう腎臓病      ・けっかく結核      ・ぜんそく喘息
- ・その他 \_\_\_\_\_

5. 今までに薬でアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ・はい(→薬名 : \_\_\_\_\_ )

どうもありがとうございました      昆陽の里眼科