

<眼科外来問診表>

氏名 () 年齢 ()

電話 自宅 () 携帯 ()

1. どのような症状で来院されましたか？ あてはまるものにチェック☑をして下さい。

- かすむ 見えにくい 痛い かゆい ゴロゴロする
- めやに 充血 乾く 眼が疲れる 涙がよく出る
- 何か飛んで見える 光って見える メガネを作りたい
- その他 ()

(1) その症状は、いつ頃からですか？

()

(2) どちらの眼ですか？あてはまるものにチェック☑をして下さい。

(右眼 左眼 両眼)

(3) 上記の症状で、現在治療されてますか？あれば書いて下さい。

()

2. 今までに眼科の病気になったり、治療を受けた事があれば書いて下さい。

病名() 病院名()

3. 今まで下記の病気にかかったり、手術したり、現在治療されているものが

あればチェック☑をして下さい。

- 高血圧 糖尿病 喘息 前立腺肥大 肝臓病
- 心臓病(ペースメーカー あり ・ なし) 不整脈
- 腎臓病(透析 あり ・ なし) 脳神経疾患
- その他 (手術など) ()

4. 現在通院中で眼科以外の病院(内科・整形・耳鼻科・脳外科 など)がありますか？

あてはまるものにチェック☑をし、病院名、科名、主治医名を書いて下さい。

- ない ある { 病院名・科名 ()
- { 主治医名 ()

* 本日くすり手帳持参 ない あり (くすり手帳一緒に提出して下さい)

5. 薬のアレルギーはありますか？ 無 有 薬剤名 ()