

問 診 表

フリガナ

お名前 _____ 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 男・女

〒 _____

住所 _____ 電話番号 _____

下記の項目で該当するものに○印をつけてください

1. 今日眼科を受診する目的は？（主症状には◎をつけてください）

※どちらの目に症状がありますか？ 両 / 右 / 左

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 目やにが出る | <input type="checkbox"/> 物が見えなくなった { 遠 ・ 近 } |
| <input type="checkbox"/> 目が痛い | <input type="checkbox"/> 黒い影のような物が見える |
| <input type="checkbox"/> 目が赤い | <input type="checkbox"/> 細かいゴミの様な物が見える |
| <input type="checkbox"/> 目がかゆい | <input type="checkbox"/> 学校検診で眼科受診を勧められた |
| <input type="checkbox"/> 目がはれた・できもの | <input type="checkbox"/> 他院、他科から受診を勧められた |
| <input type="checkbox"/> 涙が { でる ・ でない } | <input type="checkbox"/> 白内障といわれた |
| <input type="checkbox"/> 眼鏡を作りたい | <input type="checkbox"/> 緑内障といわれた |

その他 _____

2. 上記の症状はいつからですか？ _____

3. 次の病気はありますか？またはありましたか？

- | | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 膠原病 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> 癌 | <input type="checkbox"/> 統合失調症・うつ病 |
| <input type="checkbox"/> 神経疾患 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> アトピー | <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 認知症 |
| <input type="checkbox"/> 現在妊娠している・疑いがある | _____ ヶ月 | ・ 授乳中 | |
| <input type="checkbox"/> ステロイド剤を使用している | _____錠/日 | ・ _____mg/日 | |
| <input type="checkbox"/> その他 _____ | | | |

4. アレルギーはありますか？

- | | | |
|------------------------------|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> はい | 薬剤 _____ | 食べ物 _____ |
| <input type="checkbox"/> いいえ | | |

5. 今までに目の治療や手術をしたことがありますか？

- | | | |
|------------------------------|------------|----------|
| <input type="checkbox"/> はい | いつごろ _____ | 病名 _____ |
| <input type="checkbox"/> いいえ | | |

6. 眼鏡・コンタクトの使用はありますか？

眼鏡（遠用・近用）コンタクト＜ハード ソフト 使い捨て（1日・2週間）＞ いいえ

7. 今日は何を見て来院されましたか？

- | | | | |
|--------------|----------|----------------|------|
| ・ 知人／家族からの紹介 | ・ ホームページ | ・ 看板 | ・ 電柱 |
| ・ 眼鏡店からの紹介 | ・ 近所 | ・ その他（ _____ ） | |

8. サプリメントに興味がありますか？ はい・いいえ

◎ 患者さんの容態、あるいは検査の内容により、お名前をお呼びする順番が多少前後する場合がございます。ご了承ください。