

問診票

(フリガナ) 患者氏名	生年月日 T・S・H・R 年 月 日 満 歳
住所(〒 _____)	電話番号： 携帯番号：

診察の参考にしますので当てはまるところに○をつけてください

- ① いつからですか? _____
- ② どちらの眼ですか? ◆右眼 ◆左眼 ◆両眼
- ③ どのような症状ですか?
 ◆視力低下 ◆まぶしい ◆黒いものが飛んで見える ◆物がゆがんで見える
 ◆二重に見える ◆痛い ◆赤い ◆かゆい ◆めやに ◆ゴロゴロする ◆目が乾く
 ◆目が疲れる ◆涙が出る ◆まぶたの腫れ ◆その他(_____)
- ④ 目の病気にかかったことはありますか? [なし・あり]
 (_____)
- ⑤ アレルギー(お薬も含む)はありますか? [なし・あり]
 (_____)
- ⑥ 現在治療中のお身体の病気はありますか?
 ● 高血圧 [なし・あり] → 内服 [なし・あり]
 ● 糖尿病 [なし・あり] → 内服 [なし・あり]
 インスリンを [使用中・使用していない] _____ 年前から HbA1c _____ %
 ● 心臓病・不整脈 [なし・あり] → 病名 _____
 ● 脳梗塞・脳出血 [なし・あり] → 内服 [なし・あり]
 ● 喘息(小児喘息) [なし・あり] → 内服 [なし・あり]
 ● 喫煙 [なし・あり]
 ● 妊娠・授乳(女性) [なし・あり] → 現在妊娠 _____ カ月 ・ 授乳中
- ⑦ 上記以外にお身体の病気や通院されている病院はありますか? [なし・あり]
 病名 _____ [病院名 _____]
- ⑧ 抗凝固薬(血液をさらさらにする薬)を服用していますか? [いいえ・はい]
- ⑨ 当院をどちらで知りましたか?
 ◆かかりつけ医のご紹介 ◆ホームページ ◆知人・家族からのご紹介
 ◆その他(_____)