

問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	年	月	日
氏名					(日生 歳)
住所	〒 - -					
電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-

① 目について

▼ 本日はどうされましたか？（ご来院の理由）

右目 左目 両目

白内障手術について

視力が落ちた、見えなくなった

黒いものが飛ぶ

痛い 赤い 充血

目やに かゆい

その他 ()

▼ その症状はいつからですか？

() 日前 () 週間前 () ヶ月前 () 年前

▼ そのことで眼科にかかりましたか？

いいえ

はい → _____ 眼科に行った

薬を使っている（薬品名： _____）

▼ 過去に目の病気になったことがありますか？

いいえ

はい → 病名： _____

② 全身状態について

▼ 今までに病気になったことがありますか？

糖尿病 血糖値： _____ ヘモグロビンA1C： _____ %

高血圧 心臓病 喘息 肝臓病

その他 ()

▼ 薬剤などのアレルギーはありますか？

ない

ある → 薬剤名： _____

▼ 12歳以下の場合は体重をご記入ください。

体重 _____ kg

▼ 妊娠中ですか？

いいえ

はい → _____ 週

▼ その他

ご記入ありがとうございました。