

問診票

平成 年 月 日

フリガナ

氏名 殿 連絡先 ()

住所

1. 目について

■本日はどうしましたか？（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 ・赤くなった ・充血 ・目やに ・かゆい
- ・その他 ()

■その症状はいつから？

- () 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→ ()

2. 全身状態について

■今までに何か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がありますか？

- ・ない ・ある（薬剤名)

■12歳以下のお子さんについて

- ・体重 () kg

■妊娠中ですか？

- ・はい（週数 週)

■その他 ()