

やまね眼科問診票

ふりがな		生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)
お名前	様 男・女			
ご住所	〒 -	ご 職 業		
お電話	(ご自宅) - - (携帯等) - -			

1. 今日はどちらの目がどうされましたか？ (両目 ・ 右目 ・ 左目)
 物が見えにくい ・ ゆがむ ・ 黒いものが見える ・ 物がダブって見える ・ にじんで見える
 かゆい ・ ゴロゴロする ・ めやにが出る ・ 目が赤い ・ 涙が出る ・ 乾く ・ 痛い
 目の検診 ・ 眼鏡処方希望 ・ コンタクト処方希望 (ソフトレンズ ・ ハードレンズ)
 その他 ()
2. 上の症状はいつ頃からありますか？
 (日前から ・ ヶ月前から ・ 年前から)
3. 現在、眼科で治療中の病気はありますか？
 (はい ・ いいえ) (病名：) 眼科名： ()
4. 眼の手術歴はありますか？
 (はい ・ いいえ) (病名：) 眼科名： ()
5. 現在、治療中の病気はありますか？
 (はい ・ いいえ)
 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 結核 ・ 喘息 ・ アトピー ・ B型またはC型肝炎 ・ 前立腺肥大
 その他 ()
6. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？
 (はい ・ いいえ) ()
7. 家族の中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？
 (はい ・ いいえ) (病名：)
8. 女性の方にお伺いします。
 現在、妊娠していますか？ (はい ・ いいえ)
9. 眼鏡・コンタクトの装用経験がありますか？
 (はい ・ いいえ) (眼鏡 ・ コンタクト ・ どちらも)
10. 診察医の希望はありますか？
 (はい ・ いいえ) → ()

ありがとうございました。