

問 診 票 No.

受付 令和 年 月 日 曜日

診察の参考にしますので、あてはまる所を○で囲むか記入して下さい。

ふりがな 患者氏名				男 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	電話番号		
現住所				

- (1) 今日はどうされましたか？症状をお書き下さい。
(右目・左目・両目)
- (2) 今まで眼科に行ったことがありますか？
①は い 病 名 ()
②いいえ
- (3) 現在眼以外の病気で治療を受けていますか？
①は い 病院名 ()
病 名 ()
②いいえ
- (4) 今までに次の病気にかかったことがありますか？(薬を服用中の方も○で囲んで下さい)
高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 腎疾患 アトピー アレルギー
花粉症 な し その他 ()
- (5) 今までに手術を受けたことがありますか？(目以外の手術もご記入下さい)
①は い 手術名 (右目・左目・両目)
②いいえ
- (6) 今までに飲み薬・注射・食べ物などで気分が悪くなったり、湿疹(じんましん)
などがでたことがありますか？
①は い 具体例 ()
②いいえ
- (7) 現在妊娠中、又は授乳中ですか？
①は い (妊娠中・授乳中)
②いいえ