問診票(初診の方)

年　　月　　日

ふりがな		男・女	明・大 昭・平・令　　年　月　日生
お名前			
ご住所	〒	電話	自宅 携帯

1.　受診理由について

☐目の症状があるため

☐健診で指摘された　**(**内容：　　**)**

☐その他(　　)

2.　1 で目の症状があるためと答えた方

正確な診断をしたいため、ご面倒でも時間と箇所をなるべく詳細にご記入ください。

(例)昨日の昼頃から、右眼の上まぶたの腫れに気付いた。薬局でアレルギー用点眼薬を購入し、夕方と寝る前に点眼した。今朝起きたら、上まぶたの中央に痛い箇所があった。

症状

3.　思い当たる原因があれば何でもお書きください。

4.　コンタクトレンズを使用されている方

・本日の使用：使用中(右・左・両眼)/使用していない

・使用頻度：毎日/時々

・種類：ハードコンタクト/ソフトコンタクト(使い捨て・頻回交換・それ以外)

※裏面もご記入ください

※6ヶ月以内に問診票を記入されたことがあり、変わりがなければ下記の記入は不要です

5.　目の病気やケガ、手術、レーザー治療をしたことがありますか

病名・手術名		時期	病院名
	右・左・両・不明	年　　月　　歳	
	右・左・両・不明	年　　月　　歳	

6.　血縁の方の目の病気について

・なし・あり(父・母・兄弟姉妹・子・_____)　(病名：_____)

7.　今までにかかった目以外の病気および手術歴について

・糖尿病(なし・あり　_____歳から内服・注射)

・高血圧(なし・あり)　　・高脂血症(なし・あり)

病名・手術名	時期	病名・手術名	時期
	年　　月　　歳		年　　月　　歳
	年　　月　　歳		年　　月　　歳

8.　現在服用している薬および点眼薬

内服薬：なし・あり

(薬名：_____)

点眼薬：なし・あり(薬品名：_____)　(右・左・両)

(薬品名：_____)　(右・左・両)

9.　今までに花粉症、食べ物、アレルギー性鼻炎など、アレルギー症状を起こしたことがありますか

・なし・あり(原因物質が分かれば：_____)

10. 飲み薬・注射等で具合が悪くなったことがありますか

・なし・あり(薬品名：_____)

11. 女性の方にうかがいます

・妊娠していますか(いいえ・はい　_____ヶ月・可能性あり)

・現在授乳中ですが(いいえ・はい)

12. 当院をどのようにお知りになりましたか

□近所　□駅広告　□ホームページ

□紹介　(紹介者の名前とご関係：_____)

□その他(_____)