

問 診 票 << 眼科 >>

年 月 日

ID:

氏名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日	年齢	歳
身長	cm /	体重	kg /	体温	℃ / 血圧

1. 今日はどうなさいましたか あてはまるものをお選びください

アレルギーについて

視力低下(遠く・近く)	充血	めやに	かゆい
腫れた	痛い	目がかすむ	ゆがんで見える
目にけがをした	飛蚊症	涙がでる	ゴロゴロする
メガネの作成	健康診断で指摘された		
他病院からの紹介	その他 ()		

アレルギーが ある ない
(薬名)
(食品)
*アレルギーカード等をお持ちでしたらご提出ください

2. どちらの眼ですか (右 ・ 左 ・ 両眼)

3. 症状はいつ頃からありますか ()

そのことで他の医療機関を受診されましたか はい (病院名)
処方されたお薬はありますか はい (薬名)

4. メガネやコンタクトレンズを使用していますか?

メガネ 老眼鏡 コンタクトレンズ(ソフト・ハード) いいえ

5. 現在、治療中の病気がありますか またかかられている病院はどちらですか

いいえ	はい	病院名()				
心臓病	高血圧	糖尿病	喘息	リウマチ	胃潰瘍	十二指腸潰瘍
肝疾患	腎臓病	前立腺肥大	脳梗塞	がん	(どこの)	
その他						

6. 現在、お薬を飲んでいますか (□コピーすみ Ns)

いいえ	はい	(薬名)
*お薬手帳をお持ちでしたらご提出ください		

7. 今までに手術をされたことはありますか

いいえ はい

8. 今日当院までどのような交通手段でお越しになりましたか

自家用車 (自分で運転 ・ 送迎) 徒歩 自転車 タクシー バス 電車

9. レーシックなどの屈折矯正術を受けたことがありますか いいえ はい

10. 女性の方へ

妊娠されていますか	いいえ	はい	分からない
授乳中ですか	いいえ	はい	

ありがとうございました

能登川病院

* 医師指示欄 下記検査をしてください	担当医師
□視力 □眼圧 □OCT □オプトス □その他()	(印)