

はねもと眼科初診問診票

下記の質問にお答え頂きますようご協力お願いいたします。

フリガナ

お名前 _____ (男 ・ 女) ご職業 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年令 _____ 歳)

ご住所 〒 _____

お電話番号 _____

1、どのような症状で受診なさいましたか？ ○をつけてください

(右眼 ・ 左眼 ・ 両眼) が、

いつから(今日 ・ 昨日 ・ 一週間前 ・ その他(_____))

見えにくい ・ 眩しい ・ ゆがむ ・ 黒いものが飛ぶ ・ 視野が欠ける ・ 疲れる ゴロゴロする ・ 腫れている ・ 流涙 ・ かゆい ・ 痛い ・ 充血 ・ 目やにが出る
--

その他(_____)

2、今までに眼科で診療や治療を受けたことはありますか？ ある場合記入してください

・病院名

・診断名

・治療(点眼薬 ・ 内服薬 ・ その他)

・白内障診断を受けたことがありますか(ない ・ ある)

・白内障手術された方(病院名 _____ 頃 _____)

3、全身的な病気について通院されていますか？

・病院名

・診療科

・お薬手帳持参(あり ・ なし) ※ありの場合ご提示お願いいたします。

当てはまる疾患に○をつけてください

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心疾患 ・ 腎臓病 ・ 喘息 ・ 肝臓病 ・ 前立腺肥大 アトピー性皮膚炎
--

4、今まで薬や食べ物で気分が悪くなったり蕁麻疹が出たことはありますか？

・ない

・ある(薬: _____ 食べ物: _____)

5、女性の方のみ

