

眼科 問診票

氏名 _____

- 本日、自動車・バイク等の運転予定はありますか。 はい・いいえ
- 現在、充血、めやに、流涙の症状はありますか。 はい・いいえ
- 本日、特に気になる症状は何ですか(※他院の紹介状があれば記入不要です)。

・見え方に関すること ・痛みに関すること ・手術に関すること

・目薬の希望 ・自覚症状はないが受診を勧められた

・その他 ()

- 本日、コンタクトレンズを装着していますか。 はい・いいえ
- 常用しているお薬をご記入下さい(目薬を含む)。

※お薬手帳をお持ちであれば記入不要です。診察場でご提示下さい。

薬剤名 ()

- お薬、食べ物のアレルギーはありますか。 はい・いいえ
- アレルギーのあるものをご記入下さい。