



眼科問診表



氏名 _____

◎ 現在充血、めやに、流涙の症状はありますか？ いいえ ・ はい

★ 他院眼科からの紹介状をご持参の方は太枠内のご記入は不要です。★

◎ 本日の特に気になる症状を教えてください。

- ・ 見え方に関する事 ・ 痛みに関する事
- ・ 手術に関する事 ・ 目薬希望
- ・ 自覚症状なし（ 受診を勧められて ）
- ・ その他（ _____ ）

詳しくは検査・診察時にお話してください。

◎ 本日、自動車・バイク等の運転予定はありますか？ いいえ ・ はい

◎ 本日、コンタクトレンズを装着されていますか？ いいえ ・ はい
(ソフト ・ ハード)

◎ 現在、お薬を飲まれていますか？ いいえ ・ はい

お薬手帳をご持参の方は記入不要です。お薬手帳を診察時にお出してください。

病院・医院名 : _____

◎ 以下の既往歴はありますか？ いいえ ・ はい

- ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ ぜんそく ・ リウマチ ・ 甲状腺疾患
- ・ 前立腺肥大 ・ アレルギー
- ・ その他（ _____ ）

ご記入ありがとうございました。