◆◆◆　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。

- 見え方に関すること
- 痛みに関すること
- 手術に関すること
- 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用されていますか？　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（　　）

【医療情報の利活用について】
当院はオンライン資格確認を行える体制を整備しており、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用し診療を行っております。

ご記入ありがとうございました。