

つちや眼科 診察申し込み・問診表

年 月 日

ふりがな
名前

男・女

大正・昭和

平成・令和

年

月

日

(才)

住所

携帯

() -

緊急連絡先御氏名

電話

() -

電話 () -

続柄

()

1. 今日はどうされましたか？

右目

左目

両目

- ☐ 見にくい (遠く・近く) ☐ かすむ ☐ 視野の一部が見にくい ☐ ゆがんで見える
☐ 何かが飛んで見える ☐ 二重に見える ☐ 目が痛い (ごろごろする・奥が痛む・まぶた)
☐ 充血 ☐ メヤニ ☐ 腫れた ☐ 疲れ目 ☐ かゆい ☐ 目が乾く
☐ 眼鏡希望 ☐ コンタクト希望→別紙問診表の記入をお願いします ☐ 学校用紙
☐ その他 ()

2. 上記症状はいつからですか？

月

日頃から

3. 今まで眼科既往歴・手術を受けたことはありますか？ (レーシック含む) ☐ ない

☐ ある 年頃 右・左・両 病名

点眼

4. 現在治療中、もしくは過去の治療歴はありますか？ ☐ 特になし

- ☐ ある→☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 腎臓病 (透析) ☐ 心臓病 ☐ 脳梗塞
☐ 喘息 ☐ 前立腺疾患 ☐ 癌 ☐ 認知症 ☐ アトピー性皮膚炎
☐ その他 ()

5. 現在、お薬を飲んでいますか？ ☐ 特になし

☐ ある→薬品名 () お薬手帳をお持ちの方はお出してください

6. 薬や食べ物で、アレルギーはありますか？ ☐ 特になし

☐ ある→ ()

7. タバコは吸いますか？

☐ 吸わない ☐ 禁煙した (才まで、 本/日) ☐ 吸う (本/日)

8. 未熟児での出生歴はありますか？ ☐ ある ☐ ない

9. 右記に該当することはありますか？ ☐ 妊娠中 () 週 ☐ 授乳中

●必要であれば、散瞳検査をしても大丈夫ですか？ ☐ 可能 ☐ 不可能 (車、バイクで来院)

※検査、診察時に、再度詳細を伺うことがあります。ご記入ありがとうございました。