

問 診 表

年 月 日

ふりがな	職業()
受診者氏名	
(男・女) 生年月日 大 昭 平 年 月 日()才	
住 所 〒	TEL() -

◎ あなたの症状を○で囲んで下さい。

1. どうされましたか？

- ・めやに
- ・かゆみ
- ・充血
- ・まぶたがはれた
- ・何かできた
- ・痛い
- ・ゴロゴロする
- ・何か入った
- ・見にくい(遠く・近く)
- ・かすむ
- ・二重に見える
- ・黒いもの(虫や糸くずの様なもの)が見える
- ・涙がでる
- ・眼が乾く
- ・眼が疲れる
- ・学校で用紙をもらった
- ・メガネ希望
- ・コンタクトレンズ希望(使用経験 有・無)
- ・眼科健診希望
- ・白内障手術希望
- (その他)

2. どちらの目ですか？

- ・ 右目
- ・ 左目
- ・ 両目

3. いつごろからですか？

- ・ 日前より
- ・ 週間前より
- ・ か月前より

4. 今まで目の病気にかかったことはありますか？

- ・ ない
- ・ ある
- ・ アレルギー性結膜炎(花粉症)
- ・ はやり目
- ・ 緑内障
- ・ 白内障
- ・ ぶどう膜炎
- ・ 網膜剥離
- ・ 目のケガ
- ・ 角膜ヘルペス
- ・ その他()

5. 今までに手術を受けたことがありますか？

- ・ ない
- ・ ある(眼科:)
- 他科:)

6. 現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？

- ・ ない
- ・ ある 糖尿病・高血圧・心臓病・脳疾患・腎疾患・喘息・アトピー
- ・ その他()
- また、ある方はどちらの病院に通院していますか()

7. 現在内服中の薬がありますか？

- ・ ない
- ・ ある(おわかりになれば薬の名前を記入して下さい)()

8. 薬や注射のアレルギーはありますか？

- ・ ない
- ・ ある()

9. 眼鏡、コンタクトレンズは所持されていますか？

- ・ いいえ
- ・ はい〔眼鏡・老眼鏡・コンタクトレンズ(ハード・ソフト)〕

10. 以下に該当する方は○をつけて下さい。

- ・ 自動車を運転してきた
- ・ 妊娠中(週)
- ・ 授乳中

11. 当院を何でお知りになりましたか？

- ・ 友人知人()に聞いて
- ・ 家族()に聞いて
- ・ 春日井市民病院()科、他病院()からの紹介
- ・ 当院を直接見て
- ・ 新聞チラシ
- ・ 看板広告
- ・ タウンページ
- ・ ホームページ