

問診票

ふりがな お名前		男 ・ 女	ご職業	
			生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 () 才
住所	〒	携帯：		
		自宅：		
家族連絡先	お名前：	続柄 ()	電話：	

fundus

- ① 本日はどうしましたか。受診の目的に○を(複数可)、主たる目的には◎を一つつけてください。
- ・充血 ・めやに ・なみだ ・かゆみ ・ゴロゴロ ・腫れ ・痛み ・疲れる ・乾く ・黒いものが見える
 - ・かすむ ・ゆがむ ・視力低下(遠く・近く) ・その他 ()
 - ・眼鏡の処方・コンタクトレンズの作成(項目の④以降からご記入ください) ・学校検診
- ② 症状のある部位はどこですか。 右眼・左眼・両眼 右まぶた・左まぶた・両まぶた
- ③ 発症はいつ頃からですか。症状と経過を具体的に書いて下さい。
- ④ 眼の病気や治療・手術歴(レーシックやレーザーも含む)があれば書いてください。
- ⑤ 緑内障の家族歴はありますか。 なし・あり・わからない
- ⑥ 眼以外の病気をしたことはありますか。
- ・高血圧・糖尿病(食事療法・内服薬・インスリン、HbA1c: %)・アトピー性皮膚炎・喘息・心臓病
 - ・不整脈・腎疾患・肝疾患・脳疾患・前立腺肥大・その他 ()
- ⑦ 現在使用している薬があれば書いてください。(お薬手帳の提示でもいいです)
- ⑧ 薬・金属・食べ物などでアレルギー症状を起こしたことがありますか。 なし・あり
- 具体的な薬品名・原因 ()
- ⑨ 本日お車やバイク、自転車を運転する予定はありますか。 はい・いいえ
- ※散瞳検査(目薬で瞳を開く眼底検査)を受ける場合4~5時間まぶしく見えにくくなり運転できません。
- ⑩ (女性の方) 妊娠もしくはその可能性がありますか。(はい・いいえ) 授乳中ですか。(はい・いいえ)
- ⑪ コンタクトレンズの処方希望の方は次のページもご記入ください。

