

記入日 _____年____月____日

眼科 問診票

お名前	フリガナ	性別	年齢	身長	体重	体温
		男・女	歳	cm	kg	°C

1 今日はどうされましたか？下記の項目に○をつけてください。

- 定期受診 ・ その他
 - その他に○をした方へ、どのような症状ですか？それはいつからですか？
-

- 治療や検査などご希望がありましたらご記入ください。
-

- 本日コンタクトはしていますか？（いいえ ・ はい）

- 本日は車の運転をしていますか？（いいえ ・ はい）

※はいに○をした方へ散瞳薬を使った検査ができない可能性があります。その場合、後日再度受診が必要になることがあります。ご了承ください。

2 患者さんの治療状況についてお聞きします。

- 現在治療中の病気はありますか？（なし ・ あり）ありの場合は下の項目に○をつけてください。
〈心臓病・高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・喘息・胃腸病・脳疾患・癌・その他（_____）〉

- 今までに入院をするような大きな病気にかかったことはありますか？（なし ・ あり）

① 病名：_____ いつ頃：_____ 治療内容：_____

② 病名：_____ いつ頃：_____ 治療内容：_____

- 現在処方されているお薬はありますか？（なし ・ あり）

○ お薬手帳の持参（なし ・ あり）
お薬手帳の持参がない場合は四角の中に処方内容を記載してください。

3 アレルギーはありますか？（なし ・ あり）

- 食べ物：_____ ・ 薬：_____ ・ その他：_____

4 金属アレルギーはありますか？（なし ・ あり）

5 閉所恐怖症はありますか？（なし ・ あり）

6 喫煙していますか？（いいえ ・ はい）

- ____ 本 / 日 ・ 喫煙歴 ____ 年

7 お酒は飲みますか？（いいえ ・ はい）

- （ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー）を 1 日あたり _____ ぐらい

8 女性の方のみにおたずねします。

- 現在妊娠の可能性はありますか？（なし ・ あり）

○ 妊娠 _____ ヶ月

- 授乳中ですか？（いいえ ・ はい）