

# 眼科問診票

米倉眼科

この問診票を印刷し、おわかりになる箇所のみを先に記載後に当院を受診されても結構です。

- ご氏名 男・女 明・大・昭・平 年 月 日生( 歳)
- ご住所 〒 —
- 電話 ご自宅( ) — 携帯
- 保険証 ・あり ・なし

☆症状またはご来院の目的は何ですか。該当する項目すべてに○をおつけ下さい☆

どちらの眼ですか？→ ・右眼 ・左眼 ・両眼

いつ頃からですか？→ ( )時間前から ( )日前から ( )週まえから ( )ヶ月前から

- ・よく見えない ・かすむ ・ぼやける ・物が二重に見える ・物がゆがんで見える
- ・ゴミのような物が見える ・眼が疲れやすい ・眼が乾く
- ・痛い ・充血する ・目やにが出る ・かゆい ・涙が出る ・まぶたの腫れ ・できもの
- ・何か入った( ) ・物が当たった( )
- ・学校、健康診断、眼鏡店などで 受診をすすめられた
- ・メガネを作りたい ※現在使用中のメガネがあれば持参してください。
- ・検査を受けたい
  - ・視力検査
  - ・緑内障検査
  - ・眼底検査 ※目薬で瞳孔(どうこう)を開いて診察をしますので、2～3時間車の運転が困難になります。車以外でご来院ください。
  - ・白内障検査 ※眼底検査を行う場合があります。目薬で瞳孔(どうこう)を開いて診察をしますので、2～3時間車の運転が困難になります。車以外でご来院ください。

■本日コンタクトレンズをつけておられますか？

・いいえ ・はい ( ハード ソフト 使い捨て )

■今までに眼の病気をされたことがありますか？

・ない ・ある 病名( )

■次のような病気を経験されたことがありますか？

・糖尿病 ・高血圧 ・心臓疾患 ・喘息 ・腎臓疾患 ・リュウマチ ・花粉症

上記以外に現在治療を受けている病気はありますか？

・ない ・ある 病名( )

今服用のお薬( )

