

眼 科 問 診 表

診察の参考にいたしますので、下記の設定にご記入お願いいたします。

フリガナ () 電話番号 (- -)

お名前 () 郵便番号 (〒 -)

住所 ()

1. 1) 症状または、相談したいことは何ですか。紹介状は、お持ちですか。(ある ない)

2) いつからですか。(日前・週前・か月前・年前)

3) それに関して、何か検査、または治療を受けたことがありますか。

ある (いつ どこで) ない

2. 今まで、眼に関する病気をしたことがありますか。

ある (病名 いつ) ない

3. 眼以外の病気をしたことがありますか。

ある (高血圧、糖尿病、その他) ない

4. 輸血、手術、麻酔を受けたことがありますか。

ある (いつ) ない

5. アレルギー (薬、食物、喘息、アトピーなど) はありますか。

ある () ない

6. 緑内障・白内障・視力の検査をご希望される方は、○をお願いいたします。

緑内障 白内障 視力

7. 現在妊娠中・授乳中ですか。(女性のみ) はい いいえ

8. 当院をどこでお知りになりましたか? ○をお願いいたします。

知人家族()の紹介・バス車内放送・ネット検索・当院ホームページ

その他 ()