

問 診 表

中村眼科

お名前	フリガナ	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
ご住所	電話番号 () -					

1、本日は、どうなさいましたか？（該当するもの全てに○で囲んでください）

_____ 日位前から（両眼 ・ 右眼 ・ 左眼）
腫れ ・ 痛み ・ かゆみ ・ めやに ・ 充血 ・ ゴミが入った ・ 疲れる
異物感（ゴロゴロ） ・ 見えにくい ・ 涙が出る ・ ゴミが見える
（二重に・歪んで）見える ・ 学校、会社の検診で再検査を勧められた
眼鏡処方 ・ その他（_____）

※ 現在、（コンタクトレンズ ・ 眼鏡）を（使っている ・ 使っていない）

2、アレルギー検査をご希望されますか？（院長日のみ） はい ・ いいえ ・ 相談

（原因アレルゲンの主要な8項目が20分程度で特定できます。）

3、現在治療中の病気は、ありますか？ はい ・ いいえ

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 ・ 高コレステロール（高脂血症） ・ 腎臓病
その他（_____）

内服薬は、服用中ですか？ はい ・ いいえ

4、今までに薬で具合が悪くなった事がありますか？ はい ・ いいえ

薬剤名

5、点眼薬（他院にて処方された）は、使用していますか？ はい ・ いいえ

薬剤名

6、今までに眼の手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

白内障 ・ 緑内障 ・ 網膜はく離 ・ レーシック ・ その他（_____）
どちらの眼ですか？（右眼 ・ 左眼 ・ 両眼）
いつ頃ですか？（_____）

7、女性の方のみ 今現在、妊娠していますか？ はい ・ いいえ

※ 当院をどのようにお知りになりましたか？

看板 ・ 知人、家族紹介 ・ ホームページ ・ 電話帳 ・ その他