

眼科問診表

来院年月日：H 年 月 日

フリガナ	姓	名	性別	生年月日
氏名			男・女	明・大・昭・平 年 月 日

●住所（〒 ） ※マンション名等も正しくご記入ください

都道
府県

●自宅TEL（ ） —

連絡先TEL(施設や家族など)

●携帯TEL（ ） —

【名称 】

●来院の目的や、目の症状を教えてください。

メガネ処方 コンタクトレンズ購入 視力検査 〈 学校・個人 〉 人間ドックなどの再検査

目に異常がある その他（ ）

どちらの目に？ いつごろから？

どのような症状がでていますか？

両 右 左	→	本日・昨日	→	痛み・ハレ・充血・出血・メヤニ・かゆみ・乾燥 できもの・疲れ目・見えにくい・ゴロゴロする 涙が出る・打撲・異物が入った・何かが見える
		日前		
		ヶ月前		

●普段、コンタクトレンズを使用していますか？

コンタクトレンズの種類

いいえ ・ はい（ 本日は装用せず ・ 〈 両 右 左 〉 に装用中

●今まで、目の病気にかかったことはありますか？

いいえ ・ はい（ 病名や時期など → ）

●現在、体の病気で治療しているものはありますか？

いいえ ・ はい（ 糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病・その他 → ）

●今まで、目の病気や、体の病気などで、手術を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい（ 部位や時期など → ）

●家族に、糖尿病や緑内障と診断された方はいますか？

いいえ ・ はい（ 糖尿病・緑内障 と診断された ） ・ わからない

●現在、飲んでいるお薬や、使用している目薬や塗り薬はありますか？

いいえ ・ はい（ 種類や名前など → ）

●使用できない薬や注射、または気分が悪くなった薬や注射はありますか？

いいえ ・ はい（ 種類や名前など → ）

●領収書とは別に、医療費明細書の発行も希望しますか？

いいえ ・ はい ※医療明細書は医療費控除の書類としては使えません。

●《女性のみお答えください》現在、妊娠していますか？または授乳中ですか？

いいえ ・ はい（ 妊娠 ヶ月目 ・ 授乳中 です ） ・ わからない