

# 鶴見中央眼科 問診票

ふりがな	生年月日				
名前	男・女	明・大・昭・平	年	月	日 ( 歳)
〒	住所				
電話番号	自宅 ( )	携帯 ( )			

●今日はどのような症状で来院されましたか？○をつけて下さい。

両目 右目 左目 いつ頃から？

めやに	かゆい	ゴロゴロする	黒いものが飛ぶ
赤い(充血・出血)	痛い(奥・表面)	疲れ	ゆがんで見える
はれている	かすむ	異物が入った( )	
なみだがでる	乾く	見えづらい(遠く・近く)	

健康診断・人間ドック後の受診( )

学校検診後の受診      メガネ処方せん希望      コンタクトレンズ希望 (ソフト・ハード)

白内障の検診または手術希望      緑内障の検診      糖尿病網膜症の検診

その他、気になることがあれば、お書きください。

●メガネを使用していますか？      はい・いいえ・老眼鏡

●コンタクトレンズの使用経験はありますか？      はい(ソフト・ハード)・いいえ

●レーシックをしていますか？      はい・いいえ

●今まで、眼科にかかったことはありますか？      はい・いいえ      病院名 \_\_\_\_\_

はいの方、○をつけてください

白内障    緑内障    花粉症    飛蚊症    その他( )

また、眼科で手術・レーザーを受けたことがありますか？      はい・いいえ

はいの方、(術名      いつ頃      )

●現在、眼科以外で治療中のご病気、使用中のお薬はありますか？

はい・いいえ      病院名 \_\_\_\_\_

糖尿病    高血圧    心臓病    リウマチ    アレルギー    風邪    その他( )

お薬のなまえ ( )

●お身体に合わないお薬はありますか？      はい・いいえ

はいの方    お薬のなまえ ( )

●ぜんそくの既往はありますか？      はい・いいえ

●当院を何でお知りになりましたか？

知人・家族の紹介    ホームページ    広告・看板    他院からの紹介    ご近所・通りすがり

●女性の方のみ、お答えください。

現在妊娠していますか？      はい・いいえ

現在授乳中ですか？      はい・いいえ