# 横須賀中央眼科 問診票

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 男・女 | 住所 | 〒（　　ー　　） |
| お名前 | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　年　　月　　日 | | 電話番号 | 自宅 |
| 年齢 | 才 | | | 携帯 |

## 今日はどうしましたか　〇で囲んでください

| 右目 | 左目 | 両目 |
|---|---|---|

充血　出血　かゆみ　めやに　腫れ　乾く　異物感

違和感　ゴロゴロ　痛み（表面・奥）　その他（　　）

黒いものが飛ぶ　ゆがんで見える　見づらい

上記の症状がいつからありましたか　（　　）

健康診断・人間ドック後の受診　（　　）

眼の健康診断希望　白内障検査希望　緑内障検査希望　斜視検査希望

学校検診後の視力　眼鏡処方箋希望　コンタクトレンズ購入希望

| | | |
|---|---|---|
| 眼鏡を使用していますか。 | はい | いいえ |
| コンタクトの使用経験はありますか。 | はい | いいえ |
| いままでに眼科にかかったことはありますか | はい | いいえ |

はいの方は下記へ記入して下さい。

| いつ頃 | 病名・手術名・レーザー名 | 通院先 | 処方薬 |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

はいの方は下記へ記入して下さい。　（高血圧　糖尿病　その他　　）

| いつ頃 | 病名 | 通院先 | 処方薬 |
|---|---|---|---|
| | | | ★お薬手帳があればご提出下さい |

| | | |
|---|---|---|
| お身体に合わないお薬はありますか？ | はい | いいえ |

はいの方は記入して下さい。（　　）

| | | |
|---|---|---|
| ぜんそくの既往はありますか？ | はい | いいえ |
| 喫煙されますか？ | はい | いいえ |
| 本日は、自転車、バイク、車の運転の予定はありますか | はい | いいえ |
| 女性の方のみにお聞きします。 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 |
| 外来診療明細書（検査料などの内訳）は発行しますか？ | はい | いいえ |