問　診　票

横須賀中央眼科

ふりがな		男・女	住所	〒（　　ー　　）
お名前				
生年月日	西暦　　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

ご家族の方から病状の説明を求められたとき、説明しても差し支えないですか

はい　いいえ

ご家族の方から受診したかどうかを聞かれたとき、答えても差し支えないですか

はい　いいえ