

## 問診票 眼科亀戸クリニック

ご氏名 男・女 明・大・昭・平 年 月 日生( 歳)  
ご来院日 年 月 日 保険証 あり なし  
ご住所 〒 電話 ご自宅( ) -

今回ご来院の目的、全身状態、今までのご病気などについてお尋ね致します。医師が直接診察の時に必要に応じてお聞きしますが、あらかじめお分かりになる範囲で教えて頂ければ誠に有難く存じます。 該当する項目に○をおつけください。

1. 症状またはご来院の目的は何ですか。 該当する項目すべてに○をおつけください。

どちらの目ですか。 ・右目 ・左目 ・両目

いつ頃からですか。( )

・めやに ・充血 ・かゆみ ・痛み ・まぶたのできもの ・まぶたのはれ  
・涙が多い ・眼が乾く ・虫が飛んで見える(飛蚊症) ・視力低下  
・その他( )

・メガネの処方(遠用・近用・遠近両用) ・コンタクトレンズの作成  
・緑内障の検査 ・眼底検査

2. コンタクトレンズをご使用ですか。 ・はい(ハード・ソフト・カラー・使い捨て) ・いいえ  
使い始めてから\_\_\_\_年、 最後買い換えてから\_\_\_\_年、 メーカーは\_\_\_\_\_

3. 今までに眼の病気をされたことがありますか。 ・ある ・ない

4. 次のような病気をされたことがありますか。

・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・腎臓病 ・肝臓病 ・喘息 ・アトピー ・ない

上記以外に現在治療を受けている病気はありますか。 ・ある ・ない

病名: \_\_\_\_\_

今服用のお薬: \_\_\_\_\_

5. 薬または食べ物等によるアレルギーはありますか。

・ある( )  
・ない ・わからない

6. 現在妊娠されていますか。(女性の方へ)

・いない ・いる(現在妊娠 ヶ月)

7. 当院を何でお知りになりましたか。

8. その他お気づきのことがありましたらお願いします。