

問 診 表

年 月 日

ふりがな	職業()
受診者氏名	
(男・女) 生年月日 大 昭 平 年 月 日()才	
住 所	〒□□□-□□□□ TEL() -

◎ あなたの症状を○で囲んで下さい。

1. どうされましたか？

- | | | |
|----------|--------------|------------------|
| ・めやに | ・見にくい(遠く・近く) | ・学校で用紙をもらった |
| ・かゆみ | ・かすむ | ・メガネ希望 |
| ・充血 | ・二重に見える | ・コンタクトレンズ希望 |
| ・まぶたがはれた | ・黒いもの(虫や糸くず | (使用経験 有・無) |
| ・何かできた | の様なもの)が見える | ・眼科健診希望 |
| ・痛い | ・涙がでる | ・ 白内障手術希望 |
| ・ゴロゴロする | ・眼が乾く | (その他) |
| ・何か入った | ・眼が疲れる | |

2. どちらの目ですか？

- ・ 右目 ・ 左目 ・ 両目

3. いつごろからですか？

- ・ 今日から ・ 日前より ・ 週間前より ・ か月前より ・ 年前より

4. 今まで目の病気にかかったことはありますか？

- ・ アレルギー性結膜炎(花粉症) ・ はやり目 ・ 緑内障 ・ 白内障 ・ ぶどう膜炎
 ・ 網膜剥離 ・ 目のケガ ・ 角膜ヘルペス ・ その他 ()

5. 今までに手術を受けたことがありますか？

- ・ ない ・ ある (眼 科: 他科:)

6. 現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？

- ・ ない ・ ある 糖尿病・高血圧・心臓病・脳疾患・腎疾患・喘息・アトピー
 ・ その他 ()
 また、ある方はどちらの病院に通院していますか
 ()

7. 現在内服中の薬がありますか？

- ・ ない ・ ある (おわかりになれば薬の名前を記入して下さい)
 ()

8. 薬や注射のアレルギーはありますか？

- ・ ない ・ ある ()

9. 眼鏡、コンタクトレンズは所持されていますか？

- ・ いいえ ・ はい [眼鏡・老眼鏡・コンタクトレンズ(ハード・ソフト)]

10. 以下に該当する方は○をつけて下さい。

- ・ 自動車を運転してきた ・ 妊娠中 (週) ・ 授乳中

11. 当院を何でお知りになりましたか？

- ・ 友人知人から () 様よりご紹介 ・ 家族 () に聞いて
 ・ 春日井市民病院 () 科、他病院 () からの紹介
 ・ 当院を直接見て ・ 新聞チラシ ・ 看板広告 ・ タウンページ
 ・ ホームページ(携帯・パソコン) ・ その他 ()