

眼科 問診票

年 月 日



ID _____ 氏名 _____ 年齢 _____ 体重 _____ kg

◆ 本日はどのような症状での受診ですか

・ いつから

・ どちらの眼ですか 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

・ 症状 痛み ・ かゆみ ・ 充血 ・ めやに ・ 流涙

はれ ・ 視力低下 ・ 飛蚊症

その他 ()

○上記のことで他の病院へ行きましたか

行かない

行った (いつ ところに 内容)

○以前にも同じような症状がありましたか

なし あり (いつ頃 病名)

◆ 現在、通院中の医療機関はありますか ない ・ ある ()

現在 のんでいる薬がありますか

ない ・ ある → その中に血液の固まりにくいお薬 (例えばワーファリン、バイアスピリンなど) を飲んでいますか? はい ・ いいえ

◆ 現在、サプリメントなどの健康食品をのんでいますか ない ある ()

◆ 今までに大きな病気をしたことがありますか (手術を含めて)

ない ・ ある → 糖尿病・高血圧・腎疾患・心疾患

その他 (病名 何歳 治療内容)

◆ アレルギーがありますか

薬物 ない ・ ある (薬剤名)

食物 ない ・ ある (食物)

処方に関して 院内処方 (待つ・17時以降・翌日渡し)

院外処方

★女性のみ	妊娠の可能性	なし ・ あり (現在	ヶ月)
	授乳中ですか	はい ・ いいえ	