

眼科問診表

平成 年 月 日

〒

御住所

ふりがな

御氏名

(男・女)

明治
大正
昭和
平成

年

月

日生

御電話 ()

—

御職業

●どうして当院を知られましたか。

紹介 (紹介者があればお書きください)

看板・電話帳・その他 (

●どうされましたか。 (右 左 両) 眼が

赤い 痛い 涙が出る 目やに 見えにくい 異物が入った

黒いものが飛ぶ その他 (

●いつからですか。 () 時間 日 週間 ヶ月 年 前から

●今までに眼科にかかったことはありますか。

() で () 病院に (いつ) ころ

●現在、飲んでいるお薬はありますか。(あり なし)

何のお薬ですか。(

●からだについて、あてはまるものに○をしてください。

高血圧 (おわかりでしたら血圧 / mmHg)

糖尿病 アレルギー 気管支喘息 腎臓病 肝臓病 胃腸病

その他 () 妊娠中 (第 週)

●これまでに手術を受けたことはありますか。(はい いいえ)

(いつ) に () の手術を

(どこ) で受けた

●タバコは吸いますか。(吸わない 1日 [] 本吸う 以前は吸っていた)

●アルコールは飲みますか。(飲まない ビール・日本酒1日 本)

●車・バイク等の運転をされますか？(はい いいえ)

次回の免許更新はいつですか？(平成 年 月)

今日は自分で運転して帰る予定ですか？(はい いいえ)

※当院では、後発品も取り扱っておりますので、薬代を安くあげたい方は

医師にご相談ください。(相談したい 医師に任せる)