

帯広眼科 初診問診票

ふりがな

お名前 _____

男 ・ 女

生年月日 大正・昭和・平成 (年 月 日)

1、今一番困っているのは、どんな症状ですか？○をつけて下さい。

- ①腫れた ②かゆい ③目やにが出る ④痛い ⑤充血
⑥乾く ⑦涙が出る ⑧二重に見える (両眼で、右で、左で)
⑨かすむ ⑩糸の様なものが見える (飛蚊症) (光視症)
⑪物がゆがんで見える ⑫目が疲れる
⑬視力低下 (遠く、近く、両方) ⑭眼鏡を作りたい
⑮その他 (_____)

2、どちらの目の具合が悪いですか？ (両 ・ 右 ・ 左)

3、症状はいつからですか？ (日前～ ・ 月前～ ・ 年前～)

4、今までに目の病気をされたことがありますか？ はい・いいえ
緑内障・白内障・網膜剥離・眼底出血・他 (_____)

5、現在、他の眼科で治療中ですか？ はい・いいえ

(病院名： _____ ・ お薬手帳に記載あり)

6、治療中のご病気はありますか？ はい・いいえ

糖尿病・ぜんそく・心臓病・他 (_____)

7、薬にアレルギーがありますか？ はい・いいえ

(薬品名： _____ ・ 不明)