

小林眼科医院

初診用問診票

(ダウンロード版)

ふりがな ()

お名前 _____ 男・女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

住所 〒 _____

電話番号 _____

※診察の参考にしますので当てはまるところに○を付けて下さい

1. どちらの目の具合が悪いですか？ (両目 ・ 右目 ・ 左目)
2. 症状はいつからですか？ (_____ 日前から ・ _____ ヶ月前から ・ _____ 年前から)
3. 本日の来院理由は ※一番困ることには◎を付けて下さい
見えにくい ・ かゆい ・ めやに ・ 痛い ・ 充血 ・ まぶたの腫れ、黒い物が飛んで見える
二重に見える ・ 涙が出る ・ ゴロゴロする
目にゴミが入った→ 何が入りましたか？ (_____)
眼鏡を作りたい (コンタクトレンズは外してお越しいただくと時間節約になります)
コンタクト処方希望
その他 (_____)
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
はいとお答えの方… (病名: _____)
5. 今現在、他の眼科で治療中ですか？ はい ・ いいえ
はいとお答えの方… (病院名: _____ 薬: _____)
6. 以下の病気にかかったこと、もしくは現在治療中のご病気はありますか？
糖尿病 高血圧 ぜんそく 心臓病 その他 (_____)
妊娠していますか？ いいえ はい (_____ ヶ月) 可能性あり
現在授乳中ですか？ いいえ はい
7. 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ
はいとお答えの方… (薬品名: _____ 食べ物: _____)
8. 診察に何かご希望はございますか？