

# 眼科問診票

お名前

様

1) どのような症状ですか？

・右眼 左眼 両眼

・いつから \_\_\_\_\_

・症状 \_\_\_\_\_

・思いあたる原因 ない ある( \_\_\_\_\_ )

2) 眼の病気や手術をされた事がありますか？

・病名 \_\_\_\_\_

・手術既往 ない ある ( \_\_\_\_\_ 年頃 )

・現在当院以外で通院中の眼科はありますか？ ( \_\_\_\_\_ ) 眼科・病院

・眼科で処方された点眼薬を使っていますか？ \_\_\_\_\_

3) 現在治療中の病気はありますか？ ない ある

高血圧 糖尿病 心臓病 ぜんそく 腎臓病 肝臓病 胃腸 花粉

その他 ( \_\_\_\_\_ )

4) ヘルペスや帯状疱疹の治療を受けたことがありますか？ いいえ はい

5) 薬やアルコール（消毒）でアレルギーはありますか？

ない ある ( \_\_\_\_\_ )

6) 現在眼鏡を使用していますか？ いいえ はい ( 遠用 遠近両用 老眼鏡 )

7) 現在コンタクトを使用していますか？

いいえ はい (ハード・ソフト・1day 2week 他の交換型)

8) 女性の方にお尋ねします

現在妊娠中ですか？ いいえ はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月)

・現在授乳中ですか？ いいえ はい

9) 6歳未満の子供さまについてお尋ねします。

同居者・保育園・幼稚園等身近にコロナ感染症が疑わしい方あるいはコロナ感染者はいますか？

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

10) 継続して治療が必要な場合、当院での通院はできますか？ いいえ はい

11) 書類は必要ですか？ いいえ はい (紹介状 診断書 治療証明書)

ご協力ありがとうございました。ご記入が済みましたら受付へ渡していただき眼科外来前でお待ちください。

御記入いただいた内容は秘密を厳守いたします。

医療法人 枚岡病院 R3