

眼科問診票

記入年月日 年 月 日

患者名	様	年齢	歳	職業	
		身長	cm	体重	kg

1. どのような症状で来院されましたか。 眼脂 充血 かゆみ 痛み

2. それはいつ頃からですか。

3. 今までに眼の病気をしたことがありますか。

【ある・ない】

あると答えた方 【病名： _____】

4. 現在、他の眼科にかかっていますか。

【かかっている・かかっていない】

かかっていると答えた方 【病院名： _____】

5. 現在までに次の病気にかかったことがありますか。(該当するものに○をつけてください)

糖尿病・高血圧・高脂血症・肺結核

ぜんそく・アレルギー疾患・心臓病

脳卒中(脳梗塞・その他【 _____ 】)

6. 今までに薬や注射、食品でアレルギー症状(じんましん、呼吸困難など)が出たことがありますか。

【ある・ない】

あると答えた方 【 _____ 歳頃】 【薬品・食品名： _____】

【症状： _____】

7. 女性の方のみ教えてください。

現在妊娠の可能性はありますか 【ある・ない】

8. 過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？

【ある・ない】

あると答えた方 【渡航先： _____】

【渡航期間： _____】