

問 診 票

年 月 日

フリガナ		住所	
お名前			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	電話	() -

①どうされましたか？ (□右眼 ・ □左眼 ・ □両眼)

- 見にくい・かすむ めやにがでる 赤い
ごろごろする 眼が乾く 痛い
なみだがでる 眼が疲れる はれた
まぶたがけいれんする 何か飛んでいる かゆい
メガネ、コンタクトレンズ希望 検査希望(学校・検診で用紙をもらった)
その他()

②いつ頃からですか？

()日前から ()週間前から ()カ月前から

③今までに、目の病気にかかったことはありますか？

- いいえ はい → 白内障 緑内障 結膜炎
網膜剥離 その他()

④今までに、薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか？

- いいえ はい → どのような薬ですか？()
どうなりましたか？ ()

⑤現在かかっている(以前かかっていた)病気はありますか？

- なし 糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病 リウマチ
アトピー 喘息 花粉症 その他()

⑥現在飲んでいる薬はありますか？

- いいえ はい → どのような薬ですか？()

⑦※女性のみ : 現在妊娠中、又は授乳中ですか？

- いいえ はい

近藤眼科