

☆患者様へのご質問☆

今回ご来院の目的、全身の状態、今までのご病気などについてお尋ねいたします。医師が直接診察時に必要に応じてお聞きしますが、あらかじめ、お分かりになる範囲で教えていただければ誠に有難く存じます。なお、こちらに書いていただいた内容は、問診目的以外には使用いたしませんので、ご協力お願いいたします。

ふ り が な	
ご 氏 名	男 ・ 女
生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
ご 住 所	〒
お 電 話 番 号	
緊急連絡先（勤務先など）	

該当項目を○で囲むか、または、() 内に記入をお願いします

★具合の悪い目はどちら目ですか？ ・右 ・左 ・両目

★いつ頃からですか？

・本日 ・昨日から ・それ以前 () 日前から () ヶ月前から () 年前から

★どのように具合が悪いですか？

- ・遠くが見づらい ・近くが見づらい ・中心が見づらい ・かすむ ・二重に見える
- ・ゆがんで見える ・まぶしい ・見えないところがある ・目が疲れる
- ・黒い点が見える、ゴミのようなものが見える ・ぶつけた ・異物が入った
- ・目が痛い ・ごろごろする ・涙がでる ・かわく
- ・目やにが出る ・赤い ・かゆい
- ・できものがある ・まぶたがはれた ・まぶたが痛い
- ・眼科受診すすめられた (どこで) ・健康診断 (区の健診)
- ・眼鏡希望 ・コンタクトレンズ希望 ・その他 ()

★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 病院名 (眼科) 病名 ()

★コンタクトレンズはお使いですか？

・いいえ ・はい [・ハード ・ソフト ・使い捨て (1日、2週間、1ヶ月)]

はい、の方にお尋ねします。使い始めてから () 年、最後に購入したのはいつですか () 頃

★今までかかった病気、または、かかっている病気はありますか？

- ・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・ぜんそく ・腎臓病 ・肝臓病 ・脳梗塞 ・リウマチ
- ・花粉症 ・その他 (病名)
- ・特になし

★薬で具合が悪くなったり、アレルギーを起こしたことはありますか？

・なし ・ある (薬名)

★現在、ほかの病院で処方された薬は飲んでいますか？

・飲んでいない ・飲んでいる (薬名)

★睡眠時間は、何時間くらいですか 平均 時間くらい

★女性の方にお伺いいたします

現在妊娠中ですか？ ・いいえ ・はい (ヶ月)

授乳中ですか？ ・いいえ ・はい

★ その他、医師に知らせておきたい事、治療に対するご希望などありましたら、お書き下さい。