

初 診 問 診 票

フリガナ

お名前 _____ 様 性別 男 女

生年月日(大・昭・平・令) 年 月 日 年齢 _____ 歳

〒 _____

住所: _____

電話番号: _____ () 携帯番号: _____ ()

・症状があるのはどちらの眼ですか？

右眼 左眼 両眼

・どのような症状がありますか？

腫れた できものがある めやに 眼が赤い
 疲れる 涙が出る ゴロゴロする かゆい
 ゴミ(薬品)が入った 痛い 見えにくい かすむ
 まぶしい ぶつけた 何か飛んで見える 乾く
 眼鏡が合わない 眼鏡作成希望 コンタクト作成希望

その他 _____

・症状がでたのはいつからですか？また、症状発生から変化していますか

_____ から 悪化 軽快 変化なし

・コンタクトレンズを使用していますか？

はい (ハードコンタクト ソフトコンタクト) いいえ

・アレルギーはありますか？

(ある方はお薬、食べ物、花粉など)お分かりでしたら具体的に)

ある _____ ない

・瞳を開く目薬で具合が悪くなったことがありますか？ ある ない

・現在、治療中の病気はありますか。またどちらの病院におかかりですか？

糖尿病 高血圧症 高脂血症 喘息 肺疾患

心臓疾患 アトピー 花粉症

その他 _____

_____ 医院名

・現在使用中のお薬はありますか？

ある 薬品名 _____ ない

・過去にかかったご病気はありますか

はい 病名 _____ いいえ

・済生会宇都宮病院で伊東先生に受診したことがありますか？

はい いいえ

・女性の方にお伺いします。

現在、妊娠中ですか？ いいえ はい 可能性あり

現在、授乳中ですか？ いいえ はい

・本日受診後車の運転はしますか？ はい いいえ