

# 問診表

北川眼科クリニックふたわ

記入日

年 月 日

ふりがな							
氏名							
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	年齢		才
住所	〒		電話(自宅)	( )局	—		
勤務先名			電話(勤務先)	( )局	—		

(1) 眼について今日はどうなさいましたか。あてはまるものを○で囲んでください。

(イ) 眼が痛い ( 右眼・左眼・両眼 ) ( 眼の周り・眼の表面・眼の奥 )

(ロ) 見えにくい ( 右眼・左眼・両眼 ) ( 遠く・近く・両方 )

(ハ) 眼が乾く ( 右眼・左眼・両眼 ) (ニ) 眼がかゆい ( 右眼・左眼・両眼 )

(ホ) 眼が疲れる ( 右眼・左眼・両眼 ) (ヘ) 眼が充血する ( 右眼・左眼・両眼 )

(ト) 眼やにが出る ( 右眼・左眼・両眼 ) (チ) 涙が出る ( 右眼・左眼・両眼 )

(リ) 黒い物が飛んで見える ( 右眼・左眼・両眼 )

(ヌ) 物が二重に見える ( 右眼・左眼・両眼 )

(ル) 健康診断で( )といわれた

(ヲ) メガネ、コンタクトレンズを作りたい

(ワ) その他 具体的にお書きください( )

以上のようなことが \_\_\_\_\_ 日前からある

(2) 今までに眼の病気にかかったことが ( ある ・ ない )

「ある」とお答えの方 病名 ( )

(3) お身内で眼の病気の方が ( いる ・ いない )

「いる」とお答えの方 病名 ( )

(4) 現在かかっている病気はありますか。あてはまるものを○で囲んでください

・高血圧 ・糖尿病 ・高脂血症 ・心臓病 ・不整脈 ・胃／十二指腸潰瘍 ・喘息 ・鼻炎

・その他( )

(5) 今までにアレルギー体質と言われたことが ( ある ・ ない )

(6) アレルギー検査を( 希望する ・ 相談したい ・ 希望しない )

(7) 今までにくすりや注射で具合が悪くなったことが ( ある ・ ない )

「ある」とお答えの方 (薬剤名: )

(8) 妊娠している、またはその可能性がありますか ( ある ・ ない )

「ある」とお答えの方 ( ヶ月)

**初めて来院される方へ**

当院をどのようにしてお知りになりましたか。あてはまるものを○で囲んで下さい。

・お知り合い (ご家族、ご友人)からの紹介  
(お差支えなければご紹介者のお名前: ) 様)

・駅看板を見て( ) 駅 ・電話帳を見て・ホームページを見て

・その他( )