

受付番号 () **眼科診察 問診票 N01** (高校生～大人用) 2020/2/4

当てはまる()に○や言葉を書き入れてください

受診日 / 初・再診 氏名 年齢 () 性別 (男・女)

1) 症状はいつからですか？

今朝 日前 週間前 ヶ月前 年前

2) 症状はどの様な事が気になりますか？ (右眼 / 左眼 / 両眼)

かすみ感 / 文字が見えにくい / 物が二重に見える / 黒い物が見える / 痛み / かゆみ /

涙がでる / 充血 / 腫れ / 目やに / 光って見える他 ()

3) 当院以外の眼科へ受診したことはありますか？

いいえ・はい (みつしま眼科 / ことう眼科 / 島外→)

注) 今、現在目薬を使用していますか (目薬名:)

4) 眼鏡・コンタクトを作った事がありますか (○を記入、何年頃作成)

いいえ・はい / 作る予定 / コンタクト注文 ()

5) 今までに眼の病気・手術をしたことはありますか？

※○年/○年前/病院・クリニック名/手術名・病気名などを書いて下さい※

いいえ・はい ()

6) 現在、通院・治療をしていますか？ ※お薬手帳をお持ちでしたら提出下さい※

いいえ・はい () ← 診療所・病院名等を書いて下さい

内科/外科/整形外科/耳鼻科/皮膚科/泌尿器科 () 科 ※医師名を記入下さい※

高血圧/高脂血症/糖尿病/心疾患/脳疾患 (他:)

< 現在治療中 / 通院中 / 治療中断 / 他・・・ >

*ご記入ありがとうございました。 受付番号でのお呼び出しがあるまで、

しばらくお待ち致します。 ご承知ください* **対馬病院 眼科外来**