

## 問診表

フリガナ	生年月日	性別
お名前	T・S・H 年 月 日	男・女

前回の受診よりご住所の変更がある方のみご記入をお願い致します。  
疾患の種類によって定期検査のご案内をさしあげております。

〒 -
お電話番号

当院のメ-ルマガジンをご希望の方は、アドレスのご記入をお願いします。

E-mail Address	@
----------------	---

### 薬のアレルギーはありますか

ある 種類を具体的に( ) なし

### 女性の方へ、現在妊娠中、あるいは授乳中ですか

はい  いいえ  わからない

### 他院 (眼科以外も含む)に通院されている方へ

(病名： 高血圧 糖尿病 アトピー 他の眼科治療中 その他

いつ頃から： 現在使用中の薬名：

### 眼科手術やレーザーの既往はありますか

ある 具体的に( ) なし

### ご家族に緑内障の方はいらっしゃいますか

いる  いない

恐れ入りますがチェックをつけ、カッコ内を埋めてください。

### 本日の症状はいかがですか

右・左・両眼 (症状はいつから )

かゆい	痛い	白目が赤い	目やにが出る
乾く	疲れる	異物感がある	光が見えることがある
虫や糸くずのような浮遊物が見えることがある			目がかすむ
物が欠けて見える	物がゆがんで見える		見え方がおかしい
その他具体的に( )			

### 本日メガネの処方箋の作成はご希望ですか

はい  いいえ

### 普段の目の症状について

かゆみ	よくある	時々ある	ほとんどない
目やに	よくある	時々ある	ほとんどでない
痛み	よくある	時々ある	ほとんどない
白目の充血	よくある	時々ある	ほとんどない
乾燥感	よくある	時々ある	ほとんどない
異物感	よくある	時々ある	ほとんどない
疲労感	よくある	時々ある	ほとんどない
目のかすみ	よくある	時々ある	ほとんどない
物が欠けて見える	よくある	時々ある	ほとんどない
浮遊物が見える	よくある	時々ある	ほとんどない

ご協力ありがとうございました。



医療法人社団東京みどり会

池袋サンシャイン通り眼科診療所

TEL 03-3981-6363