

池袋サンシャイン通り眼科診療所外来問診票

診

○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。  
コンタクトレンズご希望の方は裏面もご記入ください

フリガナ	生年月日	性別
お名前	T・S・H 年 月 日	男・女

■本日目に症状がありますか？  はい  いいえ

( 右・左・両眼 ) / いつから から

かゆい  痛い  白目が赤い  目やにが出る  腫れがある

乾く  疲れる  異物感がある  目がかすむ

虫や糸くずのような浮遊物や光が見えることがある  見え方がおかしい

※その他具体的に( )

■薬のアレルギーはありますか

ある 種類を具体的に( )  なし

■コンタクトレンズは使っていますか  はい  いいえ

○どんな種類ですか  ソフトコンタクトレンズ(  1day  2week  長く使えるタイプ)

ハードコンタクトレンズ

カラーレンズ (  1day  2week  長く使えるタイプ)

○眼科で処方されたレンズですか  はい  いいえ  わからない

○今コンタクトレンズは目に入っていますか  はい  いいえ

■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

■以下の病気ですか

高血圧  糖尿病  アトピー  他の眼科治療中

気管支喘息

●眼科を含む、通院中の病名・薬名・時期・病院名を教えてください

(病名: )

(現在使用中の薬名: )

(いつ頃から: )

(いつ頃から: )

(おかかりの病院名: )

■以前眼科手術(レーザー手術を含む)をされましたか。

ある 具体的に( )  なし