

問診票(眼科)

年 月 日

フリガナ 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男/ <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳

■本日受診される理由 ※当てはまる症状にチェックをつけて下さい。

①目に症状がある場合 [右眼 左眼 両眼]

- 赤い メヤニが出る 痛い かゆい ゴロゴロする 涙が出る ショボショボする
乾く 疲れる 重い まぶしい まぶたの腫れ まぶたのシヨリ まぶたのただれ
かすむ 暗く見える 見えにくい 見えない部分がある 見える範囲が狭い
その他 _____

・症状はいつからですか？

・上記の理由(症状)で他の眼科を受診しましたか？

なし

あり 年 月 日ごろ

眼科受診

※紹介状 あり なし

診断名:

治療内容:点眼: 種類[商品名: _____]

内服: 種類 レーザー光凝固 手術

②その他

眼底検査希望 _____

眼鏡を作りたい

[遠方を見るため 手元を見るため 遠近両用 その他 _____]

コンタクトレンズを作りたい

[ソフト ハード 使い捨てレンズ その他 _____]

その他 _____