

問 診 票

年 月 日

ふりがな 氏 名		生年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	年齢 歳
現住所	〒			
自宅電話		携帯電話		世帯主
緊急連絡先	TEL : (名前)		(続柄)	

● (眼科) 今日はどうされましたか ?

(右眼 ・ 左眼) (いつから)

ものが見えにくい 眼がごろごろする 眼が痛い 目やにが出る
眼が赤くなった 眼がかゆい 眼がはれる 眼にモノがあたった
眼にゴミが入った 一度、精密検査をして欲しい。

使用している市販の目薬はありますか ()

● (内科) 今日はどうされましたか ? (いつから)

熱がある 咳・痰がでる 痰がつまる 鼻がでる 鼻がつまる
のどが痛い 頭が痛い お腹が痛い 下痢・嘔吐をする 腰が痛い
胸がドキドキする 胸をしめつけられる 吐血・下血した 肩がこる
疲れやすい 一度、精密検査をして欲しい

● アレルギーがありますか ? (はい ・ いいえ)

じんましん アトピー ぜんそく 食物 薬剤 花粉症

(どんなものでなりましたか ?)

● 今までに大きい病気・手術をしましたか ? (はい ・ いいえ)

()

● 現在、治療中の病気がありますか ? (はい ・ いいえ)

白内障 緑内障 眼結膜炎 糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓病 胃潰瘍

(その他)

● 現在、注射や内服薬をもらっていますか ? (はい ・ いいえ)

(どんな薬ですか ?)

● 現在、妊娠していますか ? (はい ・ いいえ)(何カ月)

妊娠している可能性がありますか ? (はい ・ いいえ ・ よくわからない)