

眼 科 問 診 表

弘前市立病院 眼科外来
月 日

氏名

様

当科を初めて受診される方は、以下の項目について、簡単にお答えください。
該当する項目にチェックし、空欄に記入をお願いいたします。

* どのような症状で受診されましたか（右眼・左眼・両目）

* 今回の症状はいつごろからありましたか？

今朝から _____ 日前から _____ ヶ月前から

その他 ()

* 今回の症状で、他の病院で診てもらいましたか？

はい 病院名 () いいえ

* 現在治療中の病気はありますか？

はい 病名 () いいえ

通院している病院、診療科 ()

飲んでいる薬 ()
『お薬手帳』をお持ちの方は、眼科外来で提出してください。

*これまで、大きな病気や、手術をしたことがありますか？

はい いつ () いいえ

病名 ()

治療した病院、診療科 ()

* 薬（内服薬、注射）などで、副作用が出たことはありますか？

はい 薬の名前 () いいえ

症状 ()

* アレルギーはありますか？

はい アレルギーの種類 () いいえ

* メガネ・コンタクトは使用していますか？

メガネ（近く用・遠く用・遠近両用） コンタクト 何も使用していない

* 本日、車を自分で運転してきましたか？

はい いいえ

※何か分からなことがありますれば、おたずねください。ご協力ありがとうございました。