

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

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