令和　　年　　月　　日

眼科問診票

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢＿＿＿＿才

紹介状または健診結果をお持ちの方は、受付に提出してください
お持ちでない方は、選定療養費として5,500円かかります

署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆どちらの眼ですか　　みぎ　　ひだり　　両眼

◆いつからですか　〔　　頃から〕

◆今回の受診理由で、一番つらい症状を囲んでください

見えづらい　かすむ　まぶしい　ゆがんで見える　黒いものが飛んでみえる
ゴロゴロ感　かゆみ　目の奥の痛み　充血　目やに　まぶたの腫れ
目が乾く　目の疲れ　二重に見える　光のスジがみえる　健診で異常指摘あり
その他〔　　〕

◆これまでに眼科で、診断や治療を受けた事がありますか　　はい　/　いいえ

年齢	診断・治療	病院名
	（レーザー治療や手術を含む）	

◆その他の病気はありますか　　はい　/　いいえ

糖尿病（　　歳頃から　最新のヘモグロビン A1c 値　　%,　　月頃）
脳卒中　高血圧　心臓病　副鼻腔炎　気管支喘息　腎臓病　花粉症
その他の病気〔　　〕

◆アレルギーはありますか　　はい　/　いいえ

「はい」の方　〔薬：　　〕〔食物：　　〕
〔その他（ﾗﾃｯｸｽ製品など）：　　〕

◆これまでに喫煙歴はありますか　　はい　/　いいえ
◆現在、内服中のお薬がありますか　　はい　/　いいえ
（お薬手帳の提示をお願いします。）