前川眼科医院　問診票

来院日　令和　　年　　月　　日

お名前	ふりがな	性別	年齢
		男　・　女	歳
ご住所	〒	電話番号	

①当院に来院されたきっかけは何ですか？当てはまるもの全てに〇をつけてください。
１）インターネット（パソコン・スマートフォン・携帯）を見て　　２）他の病院からの紹介
３）家族・知人の紹介　　４）自宅から近いから　　５）職場・学校から近いから
６）他の眼科を受診しているが、当院にも相談したい（セカンドオピニオン）
７）電話帳を見て　　８）その他（　　）

②今日は何で来院されましたか？
１)徒歩　２)車　３)自転車　４)公共交通機関　５)バイク　６)その他(　　)

③今日はどういった症状で来院されましたか？
１）物が見えにくい　２）物が二重に見える　３）物がゆがんで見える　４）目が疲れる
５）目がかゆい　６）目やにが出る　７）目が赤い　８）目が痛い　９）目が乾く
１０）涙が出る　１１）まぶたが腫れている　１２）学校から眼科受診の用紙をもらった
１３）眼鏡を作りたい　１４）コンタクトを作りたい　１５）目の検診
１６）その他（　　）

④上の症状はいつ頃から、またどちらの目ですか？
（　　日前から、　　ヶ月前から、　　年前から）（　右目・左目・両目　）

⑤今までに目の病気をされた事がありますか？
（　はい・いいえ　）（病名　　）

⑥今までに目の病気以外でかかった病気はありますか？
（　はい・いいえ　）
（　はい　）の方へ　→　高血圧・糖尿病・心臓病・高脂血症・喘息・肝炎・結核
その他（　　）

⑦薬や食べ物、その他アレルギーをお持ちですか？
（　はい・いいえ　）（アレルギー名　　）

⑧６歳未満の患者様のみお答えください。
現在風邪をひいていますか？　（　はい・いいえ　）

⑨女性の患者様のみお答えください。
現在妊娠している、又は授乳中ですか？（　はい・いいえ　）（　　ヶ月）

以上になります。ありがとうございました。