眼科 初診問診表

令和　　年　　月　　日

ID：

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　歳　　　男　・　女

１　現在の症状に〇をつけてください

　（右目　　・　　左目　　　・　　　両目）

　めやに　　・　　目のかゆみ　　　・　　目の充血　　　　・　　目の痛み

　目のかすみ　　・　　視力、視野の変化　　　・　　　斜視

　そのほか具体的にお書きください。

２　その症状はいつ頃からありますか。

　　　年　　　月　　　日頃から

３　今までに眼科にかかったことがありますか　（　はい　・　いいえ　）

　　「はい」と答えた方へ

　　　どこの病院ですか。

　　　病名はなんと言われましたか。

　　　どのような治療を受けましたか。具体的にお答えください。

４　現在飲んでいる薬があれば、お書きください。

５　アレルギーについて

　　薬品アレルギー　（　ある　・　なし　　薬品名　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　食品アレルギー　（　ある　・　なし　　食品名　　　　　　　　　　　　　　　）

　　そのほか　（　ある　・　なし　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６（女性の方に）現在、妊娠していますか。　（　はい　・　いいえ　）

７（女性の方に）現在、授乳中ですか。　（　はい　・　いいえ　）