

記入日； 年 月 日

# 眼科 問診票

お名前

年齢

歳

◆本日はご自身で運転して来院されていますか。 ( はい ・ いいえ )

◆他院からの紹介状をお持ちですか。 ( あり ・ なし )

◆本日 来院された理由をお書きください。

どちらの眼 ( 右 ・ 左 ・ 両 ) いつから ( 年 月 日から / くらい前から )  
視力低下 ・ かすんで見える ・ ゆがんで見える ・ 充血 ・ かゆみ ・ 目やに ・ 痛み ・  
健診 ・ 飛蚊症 ・ 白内障手術希望

その他の症状

◆今まで目の病気になったことがあれば、病名と治療法をお書きください。

病名 ( ) ( )  
治療 ( レーザー ・ 手術 ・ 注射 ・ その他 )

◆現在使用している点眼薬があればお書きください。(あさぎり病院以外で処方された点眼薬など)

◆現在 治療中の病気、以前かかった病気や手術歴があればお書きください。

糖尿病 高血圧 心疾患 腎疾患 肝疾患 脳疾患 眼の注射歴  
高脂血症 高尿酸血症 骨粗鬆症 リウマチ 認知症 喘息 前立腺肥大

その他の病気や手術歴があればお書きください

◆以下の病気や治療歴がある方は通院先などを教えてください。

病気や治療歴 (○をつけてください)	通院先・住所・主治医
糖尿病 (糖尿病手帳 あり ・ なし )	
高血圧	
心筋梗塞・狭心症・心不全・カテーテル治療・ ペースメーカー・心臓手術	
人工透析 (月・火・水・木・金・土 曜日) ( 時 ~ 時まで)	

※2枚目あり

