

# 青木眼科 問診票

ふりがな					
氏名	性別	男	女	生年月日	大 昭 平 令 年 月 日
住所					
自宅電話	携帯電話				

★どちらの眼ですか (右 左 両)

★どのような症状ですか

充血 めやに かゆみ まぶたのはれ 異物感 痛み 涙目 乾燥 疲れ目  
視力低下(近 遠 両方) かすむ まぶしい 物が二重に見える 光が見える  
黒い点が見える メガネ処方希望 白内障手術希望 コンタクトレンズ処方希望  
その他 ( )

★症状はいつ頃からですか( 日 週 月 年前から)

★何かきっかけや、原因に心当たりがありますか

はい( ) いいえ

★過去に目の手術を受けた事がありますか

はい(病名 いつ頃 どちらの病院で ) いいえ

★現在治療中の身体の病気はありますか

糖尿病 高血圧 心臓病 アトピー 脳梗塞 喘息 透析中

その他治療中の病気( )

★使用中のお薬はありますか はい (お薬手帳をお持ちの方は提示して下さい) いいえ

★お薬のアレルギー(点眼・内服・注射)ありますか

はい(薬の名前 ) いいえ

★女性の方にお聞きします、妊娠中もしくは授乳中ですか はい いいえ

★その他希望すること、気になる事がありますか