《 眼 科 問 診 票 》

令和　　年　　月　　日

フリガナ		男 ・ 女
氏 名		
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日生　　歳	
住 所	〒　　ー	
電話番号	（　　） ー	
携帯電話番号	ー ー	

今回の症状はいつ頃からですか？			
症状はどちらの眼ですか？	右 眼	左 眼	
現在の症状に〇印を付けて下さい。	充 血	め や に	目のかゆみ
目の痛み	異物感	まぶたの腫れ	視力低下
目のかすみ	目が乾く	頭 痛	涙が多い
視野がせまい	光が走って見える	飛蚊症（黒いものが飛ぶ）	
その他			
検査の希望	視力検査	眼底検査	メガネの処方
コンタクトレンズの処方	その他（　　）		

今までに大きな病気にかかったり手術を受けたことがありますか？	な い	あ る

年 令	かかった病気・うけた手術	かかった病院名

現在何か飲んでいる薬がありますか？	な い	あ る

点眼している薬、飲んでいる薬名	薬をもらっている病院名

薬のアレルギーはありますか？	な い	あ る

当院をどちらで知りましたか？	紹 介	（紹介してくれた方のお名前　　）	
看 板	電 話 帳	インターネット	その他

診察前に知らせておきたい事、質問があればご記入下さい。

波多野医院