問　診　票

年　　月　　日

ふりがな **氏　　名**		**生年月日**	大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日	**年齢** 歳	
現 住 所	〒				
自宅電話		**携帯電話**		**世帯主**	
緊急連絡先	**ＴＥＬ：　　（名前）　　（続柄）**				

●（眼科）　今日はどうされましたか　？

（ 右眼 ・ 左眼 ）（いつから　　）

ものが見えにくい　　眼がごろごろする　　眼が痛い　　目やにが出る

眼が赤くなった　　眼がかゆい　　眼がはれる　　眼にモノがあたった

眼にゴミが入った　　一度、精密検査をして欲しい。

使用している市販の目薬はありますか　（　　）

●（内科）　今日はどうされましたか　？　**（いつから　　）**

熱がある　　咳・痰がでる　　痰がつまる　　鼻がでる　　鼻がつまる

のどが痛い　　頭が痛い　　お腹が痛い　　下痢・嘔吐をする　　腰が痛い

胸がどきどきする　　胸をしめつけられる　　吐血・下血した　　肩がこる

疲れやすい　　一度、精密検査をして欲しい

● アレルギーがありますか　？　**（ はい　・　いいえ ）**

じんましん　　アトピー　　ぜんそく　　食物　　薬剤　　花粉症

（どんなものでなりましたか　？　　）

● 今までに大きい病気・手術をしましたか　？　**（ はい　・　いいえ ）**

（　　）

● 現在、治療中の病気がありますか　？　**（ はい　・　いいえ ）**

白内障　　緑内障　　眼結膜炎　　糖尿病　　高血圧　　高脂血症　　心臓病　　胃潰瘍

(その他　　)

● 現在、注射や内服薬をもらっていますか　？　**（ はい ・ いいえ ）**

（どんな薬ですか？　　）

● 現在、妊娠していますか？　**（ はい（週数　　週）　・　いいえ ）**

● 当院を知ったきっかけは何ですか？

（　　WEB　　看板　　家族・知人から　　その他　　）