

問診票です。ご記入よろしく申し上げます

当院ではコンタクトレンズ処方を行っておりませんのでご了承ください

ふりがな： _____

お名前： _____ 生年月日 T.S.H.R 年 月 日

ご住所： _____ お電話番号 _____

神戸市立医療センター中央市民病院眼科 または アイセンター病院 受診歴 あり・なし

ご家族の当院受診歴がありますか？ お名前 _____ 続柄 _____

当院をどのようにしてお知りになりましたか？（よろしければご協力ください）

知人から タウンページ（電話帳） インターネット検索 病院・薬局からのご紹介
駅などの広告 その他（ _____ ）

今日受診された症状に○をつけてください

見えにくくなった	物が二重に見える	見えにくい部分がある	
黒い物が飛んで見える	きらきらした光が見える		
涙が出る	涙が少なく乾いた感じがする		
目が痛い	目が赤い	目がかゆい	目やにが出る
目がころころする	目に何か入った（何が入りましたか？ _____）		
眼鏡処方を希望する・しない			
その他（ _____ ）			

上記の症状は

いつ頃から（ _____ ） どちらの目に（右 左 両目）
・急にひどくなった ・だんだんひどくなった ・同じ ・よくなってきている

上記の症状に関してほかの病院の診察を受けられましたか？ はい いいえ

そのとき処方されたお薬がありますか？あるいは市販薬を使っておられますか？

（お薬名； _____ ）

コンタクトレンズを普段使用されていますか？

はい（ハード ソフト（1DAY 2WEEK マンスリー カラーコンタクト その他）） いいえ

今日車またはバイクを運転する予定はありますか？ はい いいえ

眼科以外で治療中の病気はありますか？ はい いいえ

（高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 ぜんそく 甲状腺疾患 その他（ _____ ））

内服中の薬を教えてください（ _____ ）

食べ物や薬でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい いいえ

具体的に教えてください（食べ物 _____ くすり _____）

ご協力ありがとうございました