

※こちらは職員が記載します  
散瞳可否 OK・NO

# 問 診 票

厚木いいだ眼科

ふりがな		男・女	大・昭 年 月 日生 平・令 ( )才
お名前			
ご住所	〒( - )	電 話	携帯: ( ) 自宅: ( )

☆ 呼び出しの音が聞き取りにくい等、聞こえに不安があれば○をつけて下さい ( はい )

※ 本日はご自身で車・バイクを運転してご来院ですか? いいえ・はい  
薬を使って瞳孔を開く眼底検査をおこなった場合、5～6時間運転ができなくなります

1. 具合の悪い目はどちらですか? 右眼 左眼 両眼

2. どのように具合が悪いですか?

見えにくい かすむ・ぼやける まぶしい 二重に見える 黒い点が見える 疲れる  
痛い・ゴロゴロする かゆい 赤い 目ヤニが出る はれている 涙が出る かわく  
その他 ( )

3. いつ頃からですか? ( )

4. 今まで目の病気をしたことがありますか?

ない・ある (どんな病気でしたか? \_\_\_\_\_ いつ頃 \_\_\_\_\_)

5. 今までにアレルギー・特異体質と言われたことはありますか?

ない・わからない・ある (何のアレルギーかわかりますか? \_\_\_\_\_)

6. 飲み薬・注射等で具合が悪くなったことはありますか?

ない・ある (薬の名前 \_\_\_\_\_)

7. 今まで (現在も含めて) 眼以外の病気にかかったことはありますか?

ない・ある ( 高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・リウマチ・喘息 )  
( その他 \_\_\_\_\_ )

8. 今回特にご希望される検査はありますか?

白内障検査 ・ 緑内障検査 ・ 眼底検査 ・ 眼鏡処方 ・ コンタクトレンズ処方

9. 該当される方はお答えください

妊娠の可能性あり ・ 現在妊娠中 ( ケ月 ) ・ 現在授乳中

※ 当院は平成28年末まで本厚木駅・南口にて診療しておりました。

受診されたことはありますか? はい ・ いいえ