

# 眼科外来問診表

※コンタクトレンズは検査・診察時に外して頂きます。  
コンタクトレンズケースまたは眼鏡をご用意ください。  
※後ほど詳しく症状を伺いますので簡単にご記入頂き、  
検査の時にスタッフへお渡しください。

氏名 \_\_\_\_\_ 様

あてはまる項目があれば○をつけてください。

1. いつ頃からですか [ \_\_\_\_\_ ] 前から

【  右目  左目  両眼 】 ※特に気になる症状に◎をつけて下さい

視力低下                       充 血                       目やにが出る

かゆい                               痛 い                               涙が出る

眼鏡をつくりたい       健康診断でひっかかった

その他 [ \_\_\_\_\_ ]

2. 全身的な病気はありますか？

ある【 糖尿病  高血圧  その他 [ \_\_\_\_\_ ]】

ない

3. 薬のアレルギーはありますか？

ある 薬剤名 [ \_\_\_\_\_ ]

ない                       わからない

4. 今日は車を運転してきましたか？

はい                       いいえ

5. 過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？  はい  いいえ

「はい」の方・・・国名 [ \_\_\_\_\_ ]

※ご協力ありがとうございました。  
順番が参りましたら、お呼びいたしますので、お待ちください。