

新宿東口眼科医院 外来問診票

診

○恐れ入りますがチェックをつけ、カッコ内を埋めてください。
 コンタクトレンズご希望の方は裏面もご記入ください

フリガナ	生年月日	性別
お名前	T・S・H 年 月 日	男・女

■本日目に症状がありますか？ はい いいえ

(右・左・両眼) / いつから から

- かゆい 痛い 白目が赤い 目やにが出る 腫れがある
 乾く 疲れる 異物感がある 目がかすむ
 虫や糸くずのような浮遊物や光が見えることがある 見え方がおかしい
 ※その他具体的に()

■薬のアレルギーはありますか

ある 種類を具体的に() なし

■コンタクトレンズは使っていますか はい いいえ

○どんな種類ですか ソフトコンタクトレンズ(1day 2week 長く使えるタイプ)

ハードコンタクトレンズ

カラーレンズ (1day 2week 長く使えるタイプ)

○眼科で処方されたレンズですか はい いいえ わからない

○今コンタクトレンズは目に入っていますか はい いいえ

■女性の方へ、現在妊娠中、あるいは授乳中ですか

はい いいえ わからない

■他院(眼科以外も含む)に通院されている方へ

■以下の病気ですか

高血圧 糖尿病 アトピー 他の眼科治療中

気管支喘息

●眼科を含む、通院中の病名・薬名・時期・病院名を教えてください

(病名:

(現在使用中の薬名:

(いつ頃から:

(いつ頃から:

(おかかりの病院名:

■以前眼科手術(レーザー手術を含む)をされましたか。

ある 具体的に() なし