

# 眼科問診表

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

1. あなたは今回どこがどのように具合が悪くて来院されましたか？

( )

その症状はいつ頃からはじまりましたか？

( )

そのために、今までにどこかで診察をうけられましたか？

ア. 受けた

病院名( ) 病名( )

いつ頃( )

※もらっている薬をお持ちの方は、診察を受ける前に看護師にみせてください。

イ. 受けていない

2. 今までに病気やけがで治療を受けたこと、もしくは入院したことがありますか？

ア. ある 病名( )

イ. ない

3. 今までに薬や食べ物でショック、気分が悪くなる、発疹が出たことがありますか？

ア. ある 薬品名( )

食品名( )

イ. ない

4. 次にあげる病気にかかったことがあれば○で囲ってください。

ア. 心臓病    イ. 高血圧    ウ. 糖尿病    エ. 肝臓病    オ. 腎臓病

カ. 喘息    キ. その他

5. 女性の方へ

現在妊娠していますか？

ア. している( 週)    イ. していない    ウ. わからない

6. あなたはご自分の病気(悪性疾患などの場合をふくむ)を正確に知らせてほしいですか？

ア. 良性、悪性にかかわらず知りたい

イ. 良性であれば知りたい

ウ. 知りたくない

7. あなたの病気の診断・治療について、ほかに特に説明してもらいたい人がありましたら、その方のお名前とあなたとのご関係を書いてください(何名でも結構です)

お名前( ) あなたとの関係( )

お名前( ) あなたとの関係( )

お名前( ) あなたとの関係( )