

やながわ眼科 問診表

車・自転車・徒歩

フリガナ	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳
お名前		
ご住所 〒	ご職業 ()	
	電話番号 ()	

該当するものに○をつけて下さい。

■どのような症状ですか？ どちらの眼ですか？ (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)

- ・眼が赤い ・メヤニが出る ・目がかゆい ・眼が痛い ・ゴミが入った ・涙が出る
- ・ゴロゴロする ・チクチクする ・眼が腫れている ・眼がかすむ ・見えにくい
- ・学校健診・健康診断にて ・その他

■いつ頃からですか？ ・今日から ・ () 日前から ・ () カ月前から

■現在、眼鏡・コンタクトレンズを使用していますか？ ・はい ・いいえ

■今までに眼の手術をしたことがありますか？

- ・はい (病名) ・いいえ

■今現在、眼以外の病気はありますか？

- ・特になし ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・ぜん息 ・その他 ()

■アレルギーはありますか？

- ・特になし・食べ物() ・薬() ・その他()

■当院をどのようにお知りになりましたか？

- ・実際にクリニックを見て ・駅の看板を見て(岩槻駅・東岩槻駅) ・ホームページ
- ・タウンページ ・家族・知人に聞いて ・その他()

■その他、何か気になることがございましたらお書き下さい

★女性の方へ 現在、妊娠していますか？ いいえ ・ 妊娠中 ・授乳中