

眼科問診票

(日付:)
(ID:)

フリガナ
氏名 _____ (才) 電話番号 _____

*** 本日もうされましたか？**

*** いつからですか？(年 月 日)**

*** 今までに、眼の病気や手術をしたことがありますか？**

- はい 病名()
いつ(年 月 日)
- いいえ

*** 今までに、体の病気や手術をしたことがありますか？**

- はい 病名()
いつ(年 月 日)
- いいえ

*** 現在、治療中の病気はありますか？**

- はい 病名()
いつ(年 月 日)
- いいえ

*** お薬・注射で気分が悪くなったり、発疹が出た事がありますか？**

- はい 薬の名前()
- いいえ

*** 3カ月以内に海外への渡航歴はありますか？**

- はい 渡航した国(都市まで記入)()
渡航期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで
- いいえ

*** 女性の方へ 現在妊娠していますか？**

- はい (ヶ月)
- いいえ