

(カタカナ) お名前	
---------------	--

ID :
 エントリー済み

眼科 問診票

※初めての方は診療申込書もご記入下さい。

	診察前体温	同伴者体温
	. °C	. °C
コロナウイルスに 対 する問診票 (全員 記入)	①現在、コロナウイルスに感染していると診断されている状態ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	②24時間以内に発熱（37.5℃以上）がありましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

※必ずマスクの着用をお願い致します。 ご協力よろしくお願い致します。

※コロナ治療薬の処方は今現在行っておりません。

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか。（詳細は診察室でお話下さい。）

いつ頃からですか。 _____

どのような症状ですか。 _____

症状が出ている部位はどちらですか。 両眼 右眼 左眼 _____

2.下記の項目のご希望はありますか。

 コンタクト処方 眼鏡処方 ※クリニックによっては対応出来ない場合があります

3.今までに薬剤でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

 いいえ はい → 薬剤名： _____ 症状： _____

4.今までに下記の病気や手術歴などがありましたら記入して下さい。

 緑内障 白内障 網膜剥離 アトピー 糖尿病 高血圧 心臓病 花粉症
 鼻炎 喘息 腎臓病 その他（ _____ ）

5.現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

 いいえ はい → : _____ お薬手帳 あり なし

6. 本日の診察後に自動車や二輪車の運転をする予定はありますか？

 いいえ はい

ここからは成人の方のみご回答下さい

7. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり授乳中ですか いいえ はい

2023/5/8現在

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。