

眼科問診票

お名前

年齢

○どんな症状がありますか？

場所と具体的な症状、いつからかをご記入ください。

みぎ

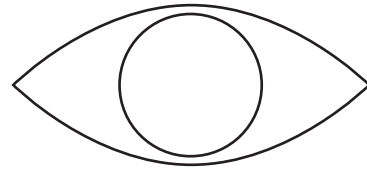
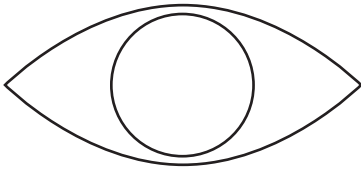
両眼

ひだり

目尻側

目頭側

目尻側



図に書きづらい場合は下記から選択またはご記入ください。

●見え方について ぼやける・かすむ・まぶしい 遠く・近く

●受診をすすめられた・紹介状がある

医療機関 () ・健診・学校・眼鏡店

その他

○眼科の通院歴や手術歴があればご記入ください

○眼科以外の通院がある場合はご記入ください

高血圧・糖尿病・高脂血症・リウマチ・ぜん息・アトピー

アレルギー（花粉症・食物 _____ ・薬 _____ ・その他 _____ ）

上記以外