

眼科問診票

■咳が2週間以上続いている方はすぐに受付にお申し出ください。

* 病状によって、診察順を変えていただく場合があります。ご了承ください。お待ちいただいている間に症状が強くなってきた場合には、職員にお声かけください。

ふりがな		
氏名		
年齢	歳	男・女

年月日	年	月	日
来院時間	:		
VS測定時間	:		
VS	体温	°C	脈拍 回/分
	呼吸	回/分	血圧 /
	SpO ₂	%	
看護師サイン			

受診を希望される理由	どのような症状がいつからか記入してください。
どの部位ですか○をつけてください 両目 左目 右目	症状 いつ頃から

今までにかかった病気	年齢	歳	歳
無し・有り	病名		
	病院名	病院	病院
手術経験がありますか	年齢	歳	歳
無し・有り	病名		
	病院名	病院	病院
現在かかっている病院/医院はありますか	病名		
無し・有り	病院/医院	病院/医院	病院/医院
現在飲んでいるお薬	お薬手帳の携帯の有無: 無し・有り 診察時に提示ください。 お薬手帳を携帯されていない場合 お薬内容(お薬・処方された病院)		
無し・有り			
コロナワクチン接種	1回目;	月	日
無し・有り	2回目;	月	日
喫煙歴	()歳から吸い始め、1日()本/先習慣を()年前にやめた		
無し・有り			
飲酒習慣	ビール/焼酎/日本酒/その他 ()を1日/時々/たまに()ml		
無し・有り			

* 裏面にありますアレルギー問診票もお書きください

