

眼科問診表

大人 子供用

Yoshikawa E.N.T & Eye Clinic

フリガナ  
名前 男・女 身長 cm 体重 kg

生年月日 T・S・H 年 月 日( 才)


〒 -

住所 電話番号

いつ頃から具合が悪いですか？

[ ]日前から [ ]ヶ月前から [ ]年前から

いちばん困っている症状はなんですか？

 め	痛い[右・左] かゆみ[右・左] 違和感[右・左]
	かわく[右・左] めやに[右・左] 赤い[右・左]
	見えにくい[遠く・近く・どちらも] 異物が入った 疲れる
	コンタクト処方希望 めがね処方希望
	学校健診で眼科受診をすすめられた

上記症状に当てはまる症状がない場合はこちらにご記入ください。

詳しい検査を希望しない場合はチェックをしてください。

私は詳しい検査を希望しません。

検査が不要であることを必ず医師にお申し出ください。

裏面も記入してください→

