

# 眼科 予 診 用 紙

月 日

氏名

年齢

歳

(男・女)

## 1. 今日はどうされましたか？

いつ頃から？( )

どんな症状ですか？( )

その症状のために診察や治療を受けたことがありますか？

イ) はい 病名( )

目薬などの名前( )

ロ) いいえ

## 2. 今までに大きな病気にかかったことがありますか？

イ) はい( ) 年 月 日

ロ) いいえ

## 3. 家族の方(父母・兄弟・姉妹・祖父母・子供)で、次のような病気をされた方がおられますか？

高血圧      脳卒中      心筋梗塞      糖尿病      腎炎      結核

喘息      肝炎      精神病      その他( )

その方はどなたですか( )

## 4. 嗜好品について(1日)

酒・ビール・ウイスキー( )      タバコ( 本 )      コーヒー( 杯 )

## 5. アレルギーについて

今までに薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？

イ) はい( )

ロ) いいえ



\* 0 6 0 6 0 1 0 0 0 3 4 0 1 \*