

中山眼科問診票及び新患票

カルテ番号	記入日	(紹介者	様)
ふりがな 氏名	生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日 平成 (才)		
住所 〒	—	電話番号 () —	
(1) 今現在の症状・受診目的をお書きください。 いつから どのような症状			
(2) 今までに眼の病気をしたことがありますか。 ①ない ②ある (病名)			
(3) メガネやコンタクトレンズを使っていますか。 ①いいえ ②現在 メガネ 以前に ハード・ソフト コンタクトレンズ(商品名)を使用。			
(4) 現在、他の医院・病院にかかっていますか。 ①かかっていない ②かかっている 医院・病院名() * 処方されているお薬についてお書きください。薬剤手帳や血液検査結果をお持ちの方はお出してください。			
(5) 今までに下記のような病気・手術の既往がありますか。 ①ない ②ある 1、高血圧 2、糖尿病 3、脂質代謝異常 4、心疾患 5、肝疾患 6、腎疾患 7、消化器疾患 8、ぜんそく 9、花粉症 10、血液疾患 10、その他() * 手術については、詳しくお書きください。 ()			
(6) 輸血を受けたことがありますか。 ①ない ②ある			
(7) 薬や食物でアレルギー発作を起こしたことがありますか。 ①ない ②ある (原因)			
(8) 女性の方、現在妊娠の可能性はありますか。 ①ない ②ある (月)			