

内科問診票

西暦 年 月 日

ふりがな

氏 名 生年月日 T・S・H 年 月 日
住 所 〒 年齢 才
電話番号

本日はどうされましたか

既往歴 ★眼の病気などは見逃しやすいので聴く。緑内障、BRVO(網膜静脈分枝閉塞症)など。

なし・あり

病院名

①	年	月	才()
②	年	月	才()
③	年	月	才()
④	年	月	才()
⑤	年	月	才()

家族歴 心疾患 (狭心症・心筋梗塞)

なし・あり 脳疾患 (脳溢血・脳梗塞・脳出血)

悪性腫瘍

その他：

現病歴 ★眼の病気などは見逃しやすいので聴く。緑内障、BRVO(網膜静脈分枝閉塞症)など。

なし・あり ☆DMある方 眼科の通院 □あり(病院名：) □なし

病名	病院名	処方薬
①	()	
②	()	
③	()	
④	()	
⑤	()	

アレルギー なし ・ あり

食物： 動物アレルギー：

薬物： 花粉症など：

生活歴 アルコール 飲まない ・ 飲む→()ml/日 ()日/週

何をのみますか → ビール・チューハイ・日本酒・焼酎・ウィスキー
ブランデー・ワイン・そのほか()

タバコ □吸ってる ()本/日 ()才から ()年間
□吸っていた ()本/日 ()才 ～ ()才まで
□吸わない

妊娠の可能性はありませんか なし ・ あり (妊娠 ヶ月 ・ 生理が遅れている)