

眼科問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	
お名前	(男 ・ 女)	年 月 日 (歳)	
TEL		現在の体温	℃

■本日の症状 (右目 ・ 左目 ・ 両目)

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 目やにが出る | <input type="checkbox"/> 目が赤い | <input type="checkbox"/> 目がかゆい | <input type="checkbox"/> 目が痛い |
| <input type="checkbox"/> 目がかすむ | <input type="checkbox"/> 物が2つに見える | <input type="checkbox"/> 目の位置がおかしい | <input type="checkbox"/> 異物が入った |
| <input type="checkbox"/> 打撲した | <input type="checkbox"/> 視力低下 | <input type="checkbox"/> 涙が出る | <input type="checkbox"/> 黒い点や糸の様なものが見える |
| <input type="checkbox"/> まぶたが腫れた | <input type="checkbox"/> まぶたのできもの | <input type="checkbox"/> その他 () | |

- メガネ処方希望 コンタクトレンズ処方希望 (ハードレンズはお取り扱いしておりません)

■いつ頃からですか

昨日 ・ 2日前 ・ 3日前 ・ 急に悪くなった ・ 徐々に悪くなった ・ その他 (前頃から)

■今までに眼の病気や大きな病気やけが、あるいは現在治療中の病気はありますか

なし ・ あり → 眼の病気 ()
 病気やけが ()
 いつ頃ですか (約 ヶ月前 ・ 約 年前)
 現在治療中 () (医療機関名:)

※他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は事前に窓口へお持ちください

■今までに次のような病気をされたことがありますか

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 気管支喘息
 その他 ()

■現在飲まれているお薬はありますか (ありの方は診察時お薬手帳をお出しください)

なし ・ あり

■お薬や食べ物でアレルギー等、異常があったことはありますか

なし ・ あり → お薬、食べ物の名前 ()

■たばこを吸いますか

吸う 本/日 年間 ・ 以前吸っていた 本/日 歳頃～ 歳頃 年間
 吸わない ・ 周囲にたばこを吸う人がいる

■お酒は飲みますか

飲む 何を () ・ どのくらい (/日)
 飲まない

■<女性の方のみ>現在、妊娠中もしくは授乳中ですか

妊娠: はい ・ いいえ ・ 可能性あり 妊娠中の方 → (ヶ月)

■マイナ保険証の診療情報取得の同意 (同意した ・ 同意していない)

※情報取得に同意した方の処方情報と特定健診情報を取得、活用する場合があります

■その他、お気付きのこと等あればご記入ください

ご記入ありがとうございました。