

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 ）
- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| ☐ 目やにが出る | ☐ 目が赤い | ☐ 目がかゆい | ☐ 目が痛い |
| ☐ 目がかすむ | ☐ 物が2つに見える | ☐ 目の位置がおかしい | ☐ 異物が入った |
| ☐ 打撲した | ☐ 視力低下 | ☐ 涙が出る | ☐ 黒い点や糸の様なものが見える |
| ☐ まぶたが腫れた | ☐ まぶたのできもの | ☐ 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 ()
病气やけが()
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てください）
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)

- 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします
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。