

眼科問診用紙

来院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ 様 _____ 歳 男 ・ 女 身長 (_____)cm
体重 (_____)kg

1. 本日の来院目的を教えてください。

- ・診察 ・診断書希望 ・薬処方希望 内容(_____)
- ・目やにが出る
 - ・目が赤い
 - ・目がかゆい
 - ・白目に出血した
 - ・打撲した
 - ・異物が入った
 - ・目が痛い
 - ・頭痛がある
 - ・まぶたが腫れた
 - ・涙が出る
 - ・目がかすむ
 - ・物が2つに見える
 - ・黒い点や糸のようなものが見える
 - ・目の位置がおかしい
 - ・視力低下
 - ・めがねを希望
 - ・健康診断で受診をすすめられた
 - ・他科・他院から受診をすすめられた
 - ・その他(_____)

どちらの目ですか(右目 左目 両目)

2. その症状はいつからですか？

- ・()日前から
- ・()週間前から
- ・()ヶ月前から
- ・()年前から
- ・急に悪くなった
- ・徐々に悪くなった

3. 今回の症状のために、他の病院で診察を受けましたか？

- ・受けた
- ・受けない

病院名 _____

受けた検査 _____

何の薬をもらいましたか？ _____

何と言われましたか？ _____

4. コンタクトをしていますか

- ・いいえ
- ・はい(ソフト・ハード・使い捨て)

→今日装着していますか？(している・していない)(右目 左目 両目)

5. 今までに罹った病気についてお伺いします。

- ・特にない
- ・高血圧 ある ない
- ・心臓病 ある ない
- ・糖尿病 ある ない
- ・脳卒中 ある ない
- ・気管支喘息 ある ない
- ・その他の病気 { _____ }

6. 今まで手術したことがありますか？ ある ない

ある方は _____ 歳の頃 _____ の病気
_____ 歳の頃 _____ の病気

7. 現在飲んでいる薬がありますか？ ある ない

お薬手帳をお持ちの方は提出をお願いします。

お持ちでない方は下記にお薬名を記載して下さい

(_____)

どこでもらっていますか？ 病院名 _____

8. かかりつけ医はありますか？ ある ない

ある方は 病院名: _____ もらっている薬 _____

※裏面の記載もお願いします。_____

9. アレルギーはありますか？ _____ ある _____ ない _____
ある方は 食べ物(_____) 花粉症 薬(_____) その他(_____)
10. タバコを吸いますか？
・吸う _____ 本/日 _____ 歳から _____ ・以前吸っていた _____ 歳 ~ _____ 歳 _____ 本/日
・吸わない _____ ・周りにタバコをすう人がいる _____
11. 車の免許 あり / なし _____ 車の運転 する / しない _____
12. 職業 (_____) 趣味 (_____)

以下、マイナ保険証による医療情報等に関して質問事項

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ (はい いいえ)
→ご同意いただける場合、新患受付のマイナカード読み取り機をご利用ください。
2. 本日は他院からの紹介状を持参していますか？ (はい いいえ)
3. 現在他の医療機関に通院していますか？ (はい いいえ)
医療機関名 (_____)
治療内容 内服・点滴・手術・経過観察・その他 (_____)
4. 直近1年以内に検診(特定検診・高齢者検診)を受診しましたか？
受診日 (_____) 指摘事項 (_____)

当院は診療情報を取得・活用することにより、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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

※患者様の個人情報は、当院における個人情報の利用目的以外には使用いたしません。