

問 診 票

年 月 日

(眼科)

ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成	年 齡	歳
			年 月 日		
住 所	〒 ー ー ー ー ー ー 前回の受診からの変更 (有・無)				
電 話	自宅： ()	緊急連絡先： ()			
身長：	cm	体重：	kg	体温：	℃ 職業：

この問診票はあなたの病気を正確に把握させていただくために、
とても大切な資料となりますのでご記入下さい。

1. 本日、来院された理由に○をつけて下さい

- ・他科からの指示 () 科
- ・紹介状がある 病院名 ()
- ・手術希望 病 名 ()
- ・眼鏡 / コンタクトレンズ希望
- ・右目 / 左目 / 両目 が
いつから ()
目が見えにくい (遠く / 近く) 何も見えない
見えにくい場所がある ゆがんで見える 目が赤い
黒いものが飛んでみえる 目がかすむ 目がかゆい
目が痛い、ころころする 目が疲れる 目やにがでる
まぶたが腫れている 涙が出る

2. 今までに眼科で一度でも言われた病気があれば、○をしてください

- 白内障 ・ 緑内障 ・ 糖尿病網膜症 ・ 眼底出血 ・ 遠視 ・ 近視 ・ 乱視 ・
老眼 ・
その他 ()

裏面もご記入下さい

3. 今まで眼科で手術やレーザー治療を受けたことがありますか

ない ・ ある

レーザー治療 ・ 手術	右目 ・ 左目 ・ 両目
病名 ()	いつごろ ()
病院名 ()	

4. 血のつながった方で、目の病気にかかったことのある方はいますか

ない ・ ある ()

5. 全身のことについてお尋ねします

(1) 現在、眼科以外の病気で治療を受けていますか。また、今までに入院されたり、手術を受けたことがありますか。あれば○をして、飲んでいるお薬の名前と病院名をお書き下さい

内科： 心臓 肝臓 腎臓 糖尿病 高血圧 不整脈 喘息 血液の病気 胃 腸

その他 ()

外科 ・ 整形外科 ・ 脳外科 ・ 血管外科 ・ 泌尿器科 ・ 皮膚科 ・ 耳鼻科 ・ 産婦人科

その他 ()

病 院 名 () 薬名 ()

(2) 今まで薬や注射で異常が起こったりアレルギー体質だと言われたことがありますか

ない ・ ある ※何のアレルギーですか ()

6. 当院へお越し頂いたきっかけを教えてください

他院からの紹介 () 医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所)

他科からの紹介 () 科 先生より) ・ 知人の紹介 ・ ホームページを見て
講演会 ・ 市民講座 ・ 雑誌 ・ 新聞 ・ 広告 ・ その他 ()

7. 診察、治療でのご相談やご協力をして頂ける方(キーパーソン)は、おられますか

いいえ ・ はい お名前 () ご関係 ()
連絡先 (自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ・ その他 ())

介護保険認定：有・無・申請中

認定有の方：要支援 () / 地域包括支援センター (施設名 () 担当者 ())

要介護 () / ケアマネジャー (施設名 () 担当者 ())

連絡先：施設・携帯・その他 ()

ご協力ありがとうございました

眼科

問診担当者 ()