

問 診 票

年 月 日

[ID] (眼 科)

ふりがな 氏 名	(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	年 齢	歳
住 所	〒 ー 前回の受診からの変更 (有・無)				
電 話	自宅 ()	本人携帯 ()	緊急連絡先 ()	続柄[]	
身長: cm 体重: kg 体温: °C 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、こころろする 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、○をつけてください

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 ()

3. 現在、眼鏡またはコンタクトレンズを使用していますか

眼鏡 / コンタクトレンズ 使用あり 使用なし

4. 本日の来院手段

車 (運転 ・ 送迎) / 自転車 / 徒歩 / 電車 / バス

裏面もご記入下さい

5. 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 ()	

6. 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 ()

7. 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 ()

8. 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 () ご連絡先 ()

9. 女性の方へ 現在妊娠していますか

いいえ・はい ・ 可能性がある

現在授乳中ですか いいえ ・ はい

【アンケート】ご協力をお願いします当院へお越し頂いたきっかけを教えてください

ホームページ・広告(雑誌 ・ 新聞 ・ チラシ・ポスター ・ その他 ())を見て
講演会 ・ 市民(健康)講座 ・ 西の京病院主催の教室 に参加して

他院からの紹介 (医療機関名 ())

西の京病院/他科からの紹介 (科 先生、人間ドック/PET 等検査)

知人(親、兄弟、友人、病院の人)の紹介 ・ 近くて便利

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 ()

2022年2月1日改訂