

眼科問診票

ふりがな

電話番号

生年月日

氏名

携帯番号

大正 昭和
平成 令和

年 月 日 歳

〒 住所

①いつから症状がありますか? 月 日頃から(日・週・月・年前から)

②それはどちらの目ですか? 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

③どのような症状がありますか? (チェックを付けてください)

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> かすむ、ぼやける、まぶしい | <input type="checkbox"/> 目が赤い(充血している) | <input type="checkbox"/> めやにが出る |
| <input type="checkbox"/> 涙がでる、目がうるむ | <input type="checkbox"/> 目がかゆい | <input type="checkbox"/> 目がつかれる |
| <input type="checkbox"/> 目がかわく、痛い、ゴロゴロする | <input type="checkbox"/> ゴミや虫が飛んで見える | <input type="checkbox"/> 歪んで見える |
| <input type="checkbox"/> 視野がダブる(二重にみえる)、欠ける | <input type="checkbox"/> まぶたが腫れている | |
| <input type="checkbox"/> 検診や他院で受診を勧められた | <input type="checkbox"/> メガネ・コンタクトを作りたい | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | |

④いままでに目の病気や手術をしたことがありますか? はい いいえ
ある場合は、どのような病気でしたか? ()⑤現在、他の眼科で診察や治療をうけていますか? はい いいえ
病院・医院名()⑥今までにかかった病気はありますか? (チェックを付けてください)

- | | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高血圧症 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> その他() |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
- かかりつけの病院やクリニックがあれば教えてください()

⑦食べ物や薬のアレルギーはありますか? はい いいえ
種類がわかれば教えてください()⑧本日、視力検査等の検査は希望されますか? はい いいえ⑨本日コンタクト・メガネは装着されていますか? はい いいえ
装着されている方へ、どちらを装着されていますか? (両方 コンタクト メガネ)⑩マイナンバーカード保険証による診療情報の取得に同意されますか? はい いいえ

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。