問診票

ふりがな　　性別 氏　名　　男 ・ 女	生年月日 Ｔ　Ｓ　Ｈ　Ｒ　　年　　月　　日（　　才）
〒　　ー 住　所	電話番号 携帯番号

◆現在の症状についてお答え下さい。

〇どちらの眼ですか？　右眼　左眼　両眼

〇いつからですか？　今日　昨日　２～３日前　１週間前　それ以上前（　年　ヶ月）

〇どんな症状ですか？（いくつでもお答えください。）

赤い　痛い　かゆい　めやにがでる　腫れた　見えにくい　眼が乾く

眼が疲れる　涙がでる　眼鏡を作りたい　健康診断の再検査

その他（　　）

◆ご希望の治療はありますか？

白内障手術　眼瞼下垂手術　近視手術　緑内障手術　その他（　　）

◆目の病気にかかったことはありますか？

緑内障　糖尿病網膜症　加齢黄斑変性　眼底出血　網膜剥離　ドライアイ

その他（　　）

〇目の手術を受けたことがありますか？　ある　ない

白内障手術　緑内障手術　その他（　　）

◆コンタクトレンズを使用されていますか？　いいえ　はい　（　ソフト　ハード　）

はいとお答えの方　→　本日、コンタクトを付けられていますか？　いいえ　はい

◆ご来院のきっかけは？

インターネット　看板　雑誌　家あるいは職場から近い　知人の紹介（　　様）

他院の紹介 → 紹介状（　ある　ない　）　その他（　　）

◆この１年間で健康診断を受診しましたか？　いいえ　はい

◆現在、治療中の身体の病気はありますか？　かかりつけ病院名（　　）

糖尿病　高血圧　高脂血症　心疾患　脳疾患　腎疾患　肝疾患　肺疾患　喘息

前立腺肥大　甲状腺異常　慢性関節リウマチ/SLE　クローン病/潰瘍性大腸炎　アトピー性皮膚炎

その他（　　）

〇現在、使用中の内服薬・点眼薬があれば記入してください。（お薬手帳がある方は記入不要です）

手帳　有　無

◆薬、注射などでアレルギーを起こしたことがありますか？　ある　ない

ある、とお答えになった方は、何で、どういった症状がでましたか？

◆女性の方に質問です。

〇現在、妊娠・授乳されていますか？　いいえ　はい　（　妊娠　か月　・　授乳中　）

◆診察医師の希望はありますか？　院長　副院長　希望なし

◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？　いいえ　はい　ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ発行していない

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。

ありがとうございました。カルテをお作りするまで少々お待ちください。　高畠西眼科