

## 問診票

ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 T S H R 年 月 日 ( 才)
〒 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。 ○どちらの眼ですか？ 右眼 左眼 両眼 ○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) ○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 その他 ( )		
◆目の病気にかかったことはありますか？ 白内障 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 ( ) ○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 ( )		
◆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 ( )		
◆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		
◆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？ 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 クロウン病/潰瘍性大腸炎 アトピー性皮膚炎 その他 ( ) ○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。 ○現在、妊娠・授乳されていますか？ いいえ はい ( 妊娠 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 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。

高島西眼科