眼科問診票

ID	令和　　年　　月　　日

ふりがな 受診者氏名 （かかられる方）		性別	男 ・ 女
生年月日	西暦　　年　　月　　日生		歳
介護度	要支援（１・２）　要介護（１・２・３・４・５）　未申請		

問 診 事 項

・当院眼科を受診するきっかけとなったのは次のうちどれですか？（複数回答可）

☐かかりつけ医からの紹介　☐知人からのすすめ（ 家族・ 友人・ その他【　　】）

☐家から近い　☐当院の他科に通院している

☐当院のホームページ　☐SNS　☐その他（　　）

・どちらの目に症状がありますか？　☐右眼　☐左眼　☐両眼

・いつ頃から症状がありますか？

☐今日から　☐（　　）日前から　☐（　　）か月前から　☐（　　）年前から　☐不明

・どんな症状がありますか？（複数回答可）

☐見にくい・かすむ　☐疲れ　☐充血　☐めやに　☐痛み　☐かゆみ　☐流涙

☐乾く　☐まぶたの腫れ　☐逆まつげ　☐ごろごろする（異物感）　☐二重に見える

☐黒いものが見える（飛蚊症状）　☐眼鏡を作りたい　☐コンタクトレンズを作りたい

☐健診（　　）　☐その他（　　）

・眼鏡を使われていますか？　☐いいえ　☐はい（☐遠用　☐近用　☐遠近両用　☐その他［　　］）

・コンタクトレンズを使われていますか？　☐いいえ　☐はい（☐使い捨て　☐ソフト　☐ハード）

・目の病気で治療中もしくは治療していたものはありますか？　☐いいえ　☐はい

病名（　　）　時期（　　）

・過去や現在に以下の病気にかかったことはありますか？（複数回答可）

☐高血圧　☐糖尿病　☐脳卒中　☐心疾患　☐腎臓病　☐花粉症　☐膠原病

・薬や食べ物のアレルギーはありますか？

薬　：☐いいえ　☐はい　薬剤名（　　）

食べ物：☐いいえ　☐はい　食品名（　　）

・本日はお車を運転して来られましたか？　☐いいえ　☐はい

・女性の方にお伺いします。現在妊娠中ですか？　☐いいえ　☐はい（　　）か月

現在授乳中ですか？　☐いいえ　☐はい

*お薬手帳をお持ちですか？

☐いいえ　☐はい※お持ちの方はお薬手帳の提出をお願いします。

医療法人いつき会
守山いつき病院