

問 診 票

ところ眼科

(ふりがな)

ご氏名 _____ (男・女)

同姓同名患者様の間違いを避けるために、
できるだけ全ての記入をお願いします。

生年月日：大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 () 歳

ご住所 〒 _____ 市

お電話 自宅： _____ 携帯： _____

記入もしくは該当項目に○をして下さい。

レーシック等の視力回復手術を
受けたことのある方は検査時に
スタッフにお知らせ下さい。

◎本日、コンタクトレンズを装用していますか？ (はい いいえ)

装用している場合⇒使い捨て (1日 2週間 1ヶ月) ソフト・ハード

◎本日はどうされましたか？

(右眼 左眼 両眼) が () 頃から

見えにくい (遠く・近く) コンタクトレンズ希望 メガネ処方希望 (遠く用・近く用)

赤い 痛い 腫れている メヤニがでる かゆい 涙が出る 乾く ゴロゴロする

視力検査希望 目が疲れる 異物が入った 黒いものが飛ぶ できもの

学校検診で指摘 (視力低下・結膜炎・斜視・内反症・その他) 眼底検査希望

その他 ()

◎現在あるいは今までに眼科にかかったことがあれば、お書き下さい。

ある場合⇒病名 () 通院時期 () 頃

◎これまでに目や体の手術を受けたことはありますか？ (ある ない)

ある場合⇒手術名 () 手術時期 () 頃

◎現在、使用しているお薬 (内服・点眼など) はありますか？ (ある ない)

ある場合⇒お薬名 ()

◎薬に対するアレルギーはありますか？ (ある ない)

◎他の病院で治療中 (あるいは受けていた) 病気があれば、お書き下さい。

高血圧 (血圧 / mmHg) 腎臓病 肝臓病 胃腸病

糖尿病 (空腹時血糖 mg/dl HbA1c %)

心臓病 脳梗塞 アトピー アレルギー 花粉症 気管支喘息

その他 ()

◎今日はどのようにして当院に来院されましたか？

徒歩・自転車・車 (運転・同乗) ・バイク・バス・その他 ()

<女性の方>

◎妊娠の可能性はありますか？ (ある ない)

◎授乳中ですか？ (はい いいえ)

妊娠・授乳中の方に、安全性が
完全に確立された薬物はありませ
ん。
あらかじめ医師に申し出て下さい。

☆マイナ保険証 (マイナンバーカードの健康保険証利用) による

情報取得に同意しますか？ (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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。