

# 眼科 問診票

ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg

- ◇マイナ保険証はお持ちですか? はい・いいえ
- ◇診療情報取得に同意しますか? はい・いいえ
- ◇紹介状はお持ちですか? はい・いいえ
- ◇この1年間で特定健診等を受けましたか? 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ご協力をお願いします

処方に関して 院内処方 (待つ・17時以降・翌日渡し)

## 院外処方

◆ 本日はどのような症状での受診ですか

・いつから \_\_\_\_\_

・どちらの眼ですか 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

・症状 痛み ・ かゆみ ・ 充血 ・ めやに ・ 流涙

はれ ・ 視力低下 ・ 飛蚊症

その他 ( \_\_\_\_\_ )

○上記のことで他の病院へ行かれた方へ  
行った ( いつ \_\_\_\_\_ どこに \_\_\_\_\_ 内容 \_\_\_\_\_ )

○以前にも同じような症状がありましたか  
なし あり ( いつ頃 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_ )

◆ 現在、通院中の医療機関はありますか ない ・ ある ( \_\_\_\_\_ )

現在 のんでいる薬がありますか

ない ・ @ある → その中に血液の固まりにくいお薬 (例えばワーファリン、バイアスピリンなど) を飲んでいますか? はい ・ いいえ

★初診の方のみ

◆ 今までに大きな病気をしたことがありますか (手術を含めて)

ない ・ ある → 糖尿病・高血圧・腎疾患・心疾患

その他 ( 病名 \_\_\_\_\_ 何歳 \_\_\_\_\_ 治療内容 \_\_\_\_\_ )

◆ アレルギーがありますか

薬物 ない ・ ある ( 薬剤名 \_\_\_\_\_ )

食物 ない ・ ある ( 食物 \_\_\_\_\_ )

★女性のみ 妊娠の可能性 なし ・ あり ( 現在 \_\_\_\_\_ ヶ月)  
授乳中ですか はい ・ いいえ