

# 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) を飲んでいませんか?      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