

眼 科 問 診 票

ID _____ 氏名 _____ 年齢 _____ 体重 _____ k g

- ◇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

※当院では原則、院外処方です

◆ 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