

問診票(眼科)

受診日 年 月 日

(ふりがな) お名前	年齢	希望する医師名
1. 他の医療機関からの紹介状はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
2. 本日は、どのような症状で受診されましたか？ いつからどちらの目に症状がありますか？ (から 右 左 両目) 該当する症状を○で囲って下さい。 ・目やにが出る ・目が赤い ・目がかゆい ・目が乾く ・視力が下がっている(遠方・近方) ・白内障手術希望 ・眼鏡処方希望 ・斜視 ・眼瞼下垂 ・内反症 ・その他何かありましたら記載してください ☆上記の症状で、他院眼科を受診された方は、病名、病院名、処方薬を教えてください。 (病名) (病院名) (薬名) 最終受診日(/) ☆コンタクト(有 ・ 無) (ハード ・ ソフト ・ 使い捨て) 眼鏡(有 ・ 無) () ☆本日は運転してきましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ☆糖尿病はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3. 現在、病院に通院されていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい また、処方されている薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい * お薬手帳 <input type="checkbox"/> 持参あり <input type="checkbox"/> 持参なし <small>※お薬手帳を提示していただければ薬の記載は不要です</small> (病名) (病院名) (薬名 1 日 回 日分) (病名) (病院名) (薬名 1 日 回 日分)		
4. これまでに手術をしたり、大きな病気にかかったことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (年齢 : 病名 :)		
5. この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (いつ: 指摘事項:)		
6. 薬や食べ物、金属でアレルギーはありますか？ 薬 : <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい () 金属 : <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい () 食べ物 : <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()		
7. 女性の方へ 現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 可能性がある 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
8. 喫煙・飲酒についてお答えください 喫煙 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(本/日、喫煙歴 年) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(本/日、喫煙歴 年) アルコール <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (何を どれくらい)		
9. 最近の身長・体重を教えてください 身長 _____ cm 体重 _____ kg		
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をお願いいたします。 ●医療情報取得加算(初診時) 1点		