

問診票(眼科)

受診日 年 月 日

(ふりがな) お名前	様	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?

いいえ 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? はい いいえ ☆糖尿病はありますか? はい いいえ

3. 現在、病院に通院されていますか? いいえ はい

また、処方されている薬はありますか? いいえ はい *お薬手帳 持参あり 持参なし

※お薬手帳を提示していただければ薬の記載は不要です

(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? いいえ 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?

いいえ 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 : いいえ はい () 金属 : いいえ はい ()

食べ物 : いいえ はい ()

7. 女性の方へ 現在妊娠中ですか? していない している 可能性がある

授乳中ですか? いいえ はい

8. 喫煙・飲酒についてお答えください

喫煙 吸わない 吸う(本/日、喫煙歴 年) 以前吸っていた(本/日、喫煙歴 年)

アルコール 飲まない 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