

なんよう眼科クリニック 問診票

(ふりがな).....

お名前: _____ 生年月日 (大・昭・平・令) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)

〒
ご住所: _____ 携帯電話番号: _____

1. 本日の眼の症状を教えてください。 (固定電話番号: _____)

①どちらの眼ですか? ⇨ (右眼・左眼・両眼)

②その症状は? (当てはまるものすべてにチェックをつけて下さい)

- 眼が赤い(充血する) メヤニが出る 眼がかゆい
 眼が痛い ゴロゴロする 眼がかすむ 涙が出る
 眼が見えなくなった(急に、徐々に) 眼が乾く
 なにか飛んでいるように見える 検診で要検査だった
 メガネをつくりたい コンタクトをつくりたい (処方箋発行のみは対応していません)
 その他(_____)

③それはいつからですか? _____ から

2. 上記のことで他の眼科を受診されましたか?

していない した

3. なにか目薬を使用していますか?

していない している ⇨ (_____)

4. 普段コンタクトレンズをつけていますか?

いいえ はい ⇨ (種類: _____)
今つけていますか? つけている つけていない

5. これまでに次のような病気になったことがありますか?

当てはまるものすべてにチェックをつけて下さい。

- 高血圧 糖尿病 リウマチ 腎臓疾患 アトピー性皮膚炎
 心筋梗塞・狭心症 不整脈 喘息 花粉症(アレルギー性鼻炎)
 認知症 その他 ⇨ (_____)

6. お薬や食べ物にアレルギーはありますか?

ない ある ⇨ (_____)

7. 喫煙していますか?

いいえ はい ⇨ (1日 _____ 本程) やめた

8. 【16歳から60歳の女性のかたへ】 現在、妊娠中や授乳中ですか?

いいえ 妊娠中 授乳中

ありがとうございました。

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にご協力をお願いいたします。(医療情報取得加算:1点)