

# 問診票

★診察がスムーズに行われるように正確なご記入にご協力お願いいたします

フリガナ		性別	生年	大・昭・平・令
氏名		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	月日	年 月 日( 歳)
住所	〒 -			

◎電話番号(必要時病院から連絡してよい番号をご記入してください) → Tel: ( - - )  
△緊急の連絡先△  上記と同じ  その他 ( - - ) <続柄: >

★7つの質問にお答え下さい★ (女性の方は8つ)

①いつからお困りですか? → 本日 ( ) 時~/ ( ) 日前~/ ( ) ヶ月前~/ ( ) 年前の ( ) 月~/不明  
→発症原因に心当たりはございますか? いいえ はい → [詳細: ]  
→この症状で、治療を受けたことはございますか?  
 いいえ  はい → (内容: )

②現在の症状にすべてチェックをつけて下さい。そのうち最も気になる症状は○で囲んで下さい。

★ (両眼 右眼 左眼)

- 痛み  かゆみ  充血  目ヤニ → (多・少 / 色 → 黄色・緑・その他・不明)
- 涙目  違和感  腫れ  疲れ目  乾燥感  視力低下
- 打撲  糸のようなものが見える  眼鏡処方希望  CL希望
- 学校健診で指摘 (視力低下・斜視・色覚異常・その他)
- 健康診断・人間ドック  眼底検査希望
- その他 / 症状について詳しくお書き下さい。  
( )

③症状によっては瞳を開く場合があります、本日可能でしょうか? (数時間ばやけてしまいます)

- いいえ  はい <診察後に車・バイク・自転車などの運転が6時間ほどできません>  
<15歳以下のお子さんはスポーツが1週間ほどできません。>

④今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはございますか?

- はい (下記からお選びください。  いいえ
- 高血圧  心臓病  腎臓病  糖尿病  喘息  アトピー  鼻炎  花粉症
  - 屈折矯正手術 (レーシックなど)  緑内障  白内障  網膜剥離
  - その他 (→⑤に詳細お願い致します)

⑤詳細をお願い致します

↓時期	↓病名・症状	↓病院名	↓現在も治療中でしょうか?
( )	、病名	病院名:	現在も治療中→ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
( )	、病名	病院名:	現在も治療中→ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
( )	、病名	病院名:	現在も治療中→ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
( )	、病名	病院名:	現在も治療中→ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

⑥現在 使用している薬はございますか? ※お薬手帳をお持ちでしたらご提示お願い致します

- いいえ  はい (お薬手帳: あり なし) 現在、使用している薬→

→薬や食べ物のアレルギーはございますか?

- いいえ 不明  はい → ( )

⑦眼鏡、コンタクトレンズを使用中でしょうか?

- いいえ  はい → (  眼鏡  コンタクトレンズ <下記、2つの質問に回答お願い致します > )  
→コンタクトレンズの種類 ハード ソフト 使い捨て → (1日・2週間・1ヶ月)  
→コンタクトレンズの購入先 眼科 コンタクト量販店 ネット その他

⑧女性の方のみお答えください

妊娠中 ( 月 週目 (出産予定日 年 月 日) ) ・わからない・授乳中・該当なし

-----ご協力いただきありがとうございます。 新川まえだ眼科-----