

問診票

★診察がスムーズに行われるように正確な記載にご協力お願いいたします

フリガナ		性別	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	年 月 日(歳)
住所	〒 _____		

▶電話番号→ (_____) ▶緊急の際は、同様・(続柄: _____) の (_____) へ

① < 年 月 日 : /不明 > から困っている

→発症原因に心当たりは ない ある → [詳細: _____]

→この症状で、治療を受けたことは ない ある → [内容: _____]

②現在の症状は (両眼 右眼 左眼)

<すべての症状に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。>

- 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 <皮膚科・整形外科さんにも紹介の可能性がございます>
- 乾燥感 打撲 <他の科にも紹介の可能性がございます> 視力低下 疲れ目
- 糸のようなものが見える 眼鏡処方希望 眼底検査希望
- 学校健診で指摘 (視力低下・斜視・色覚異常・その他) <書類ありましたらご提示お願い致します>
- 健康診断・人間ドック <書類ありましたらご提示お願い致します>
- その他 / 上記に当てはまるものがない場合、症状について詳記をお願い致します

③症状によっては瞳を開くこと (6時間ほど、ぼやけてしまいます) は、[可能 / 難しい]

(車・バイク・自転車等の運転が散瞳開始から6時間ほどできません)

(15歳未満のお子さまは当日は眩しいことと1週間ほど特に球技等のスポーツが少々しにくい状態になります。)

⇒散瞳剤アレルギーはございますか? いいえ はい

④今までに病気・入院・手術を必要とする病気にかかったもの、すべてチェックをつけて頂き詳細お願い致します。

- いいえ
- 糖尿病 <糖尿病手帳お持ちでしたら提示お願い致します> 高血圧 心臓病
- 腎臓 屈折矯正手術 (レーシックなど) 緑内障 白内障 網膜剥離
- 喘息 アトピー 鼻炎 花粉症 てんかん その他

上記について詳細をお願い致します (または書類の提示・受付にお伝え下さい)

例) 年 月 日 ~	という病名のため	病院に通院中/治療中/行っていた
年 月 日 ~	という病名のため	病院に通院中/治療中/行っていた
年 月 日 ~	という病名のため	病院に通院中/治療中/行っていた
年 月 日 ~	という病名のため	病院に通院中/治療中/行っていた
年 月 日 ~	という病名のため	病院に通院中/治療中/行っていた

⑥現在 使用している薬 が、ない ある

お薬手帳: ある ※お薬手帳をお持ちでしたらご提示お願い致します (ない ↓)

[お薬手帳がない場合、記載をお願い致します→ _____]

⑦薬や食べ物のアレルギー < なし 不明 ある → [詳細: _____]

⑧使用している → [眼鏡 コンタクトレンズ <下記、文章に回答お願い致します >]

種類 → ハード ソフト 使い捨て → (1日・2週間・1ヶ月)

購入先 → < 眼科 コンタクト量販店 ネット その他 >

使用していない

⑨女性の方のみ

今現在、妊娠中 (_____ ヶ月 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した。 新川まえた眼科-----