

問 診 表

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日
お名前		明治 大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)
〒	—	電話 (携帯可) () 局 -
ご住所		
<p>(1) 眼について今日はどうなさいましたか。あてはまるものを○で囲んでください。</p> <p>見えにくい (近く・遠く)・眼が痛い・充血する・目やに・かゆい・つかれる・涙が出る・ごろごろする しょぼしょぼする・眼の奥が痛い・まぶたの腫れ・できもの・虫のようなものが見える・メガネ希望 コンタクトレンズ希望 (経験 有・無) 学校健診 (席前から 番目、黒板の字が 見える・見えづらい) 眼科受診を勧められた・他に気になる症状は? ()</p> <p>デスクワーク、パソコン、携帯、ゲーム等、目を使う作業をしますか? はい (1日 時間)・いいえ どちらの眼にありますか? (右眼・左眼・両眼・わからない)</p> <p>いつ頃ですか? (前から) 変化は? (良くなっている・悪くなっている・変わらない)</p>		
<p>(2) 今までに眼の治療を受けたことはありますか? はい・いいえ</p> <p>白内障・緑内障・花粉症・ドライアイ・糖尿病網膜症・加齢黄斑変性症・網膜剥離 その他 ()</p> <p>それはいつ頃ですか? () 眼科の施設名は? ()</p>		
<p>(3) 今までに眼の手術を受けたことはありますか? はい・いいえ</p> <p>白内障・緑内障・糖尿病網膜症・加齢黄斑変性症・網膜剥離・その他 ()</p> <p>どちらの眼に (右眼・左眼・両眼) いつ頃? () 施設名は? ()</p>		
<p>(4) 使用している目薬はありますか? はい ()・いいえ</p>		
<p>(5) 現在治療中の病気はありますか? はい (医療機関名)・いいえ</p> <p>糖尿病 (HbA1c 月)・高血圧・心臓・脳梗塞・腎臓・肺・前立腺肥大・その他 ()</p>		
<p>(6) 下記の病気をお持ちですか? はい・いいえ</p> <p>アレルギー ()・ぜんそく・花粉症・アトピー</p> <p>アレルギーが原因の場合、原因検索 (採血など) をご希望ですか? はい・いいえ</p>		
<p>(7) 現在使用中の飲み薬はありますか? ※お薬手帳をお持ちでしたら、受付へご提示ください。</p> <p>はい ()・いいえ</p>		
<p>(8) 合わない薬はありますか? はい ()・いいえ</p>		
<p>(9) 女性の方はお答えください 妊娠していますか? はい (ヶ月)・いいえ</p> <p>授乳中ですか? はい ・いいえ</p>		
<p>(10) 当院をどのようにお知りになりましたか?</p> <p>住まいが近い・知り合いから勧められて・家族が受診・栗原眼科からの紹介・前を通過 看板を見て・インターネットを見て・その他 ()</p>		