

問診票

初診日 _____ NO.1

フリガナ		生年月日	大正	年	月	日
お名前	様 男・女		昭和	年齢()才		
			平成	小学生以下の方は体重をお願いします () kg		
			令和	職業()		
ご住所	〒 -	電話番号	自宅	()	-	
			携帯	()	-	

本日、車・バイクの運転予定はありますか？ ※眼底検査になった場合、5時間程見にくさが続くため、運転ができなくなります。		はい いいえ
めがねはお持ちですか？	ない ある	当てはまるものに○をつけてください ・本日持参している・本日は持参していない 種類(遠く用 近く用 遠近両用)
コンタクトレンズはお持ちですか？	ない ある	本日つけている・本日はつけていない 種類(ハード・ソフト・使い捨て 1日 2週間 1ヵ月 カラーコンタクト)
どうされましたか？		<ul style="list-style-type: none"> ・痛い ・めやに ・かゆみ ・充血 ・涙がでる ・まぶしい ・まぶたがはれた ・何かできた ・目がかわく ・目に不快感がある ・目がつかれる ・ゴロゴロする ・何かはいった ・見にくい(近く・遠く) ・かすむ ・二重にみえる ・ぶつけた ・黒いものがみえる ・学校で用紙をもらった ・めがね処方希望 ・コンタクト処方希望 ・眼科検診希望 ・その他 ()
どちらの目ですか？	右目 左目 両目(右から・左から・同時に)	
いつごろからですか？	おおよその時期をご記入ください () から	
今までに目の病気をされたことがありますか？	ない ある	ドライアイ・アレルギー性結膜炎・緑内障・白内障・網膜剥離 外傷・角膜ヘルペス・その他()
今までに手術を受けたことはありますか？	ない ある	眼科()年前 術名または病名() 他科()年前 術名または病名()
現在かかっている病気はありますか？	ない ある	糖尿病・高血圧・ぜんそく・アトピー・花粉症・こうげん病 <u>心臓病・脳疾患</u> ・腎臓病・その他() ↓詳しく病名をご記入ください()
現在使用中のお薬やサプリメントはありますか？	ない ある	お薬手帳を 持参している ・ 持参していない 持参されていない場合、下記にご記入ください お薬名() サプリメント名()
今までに薬や食物でアレルギーを起こしたことがありますか？	ない ある	お薬名()食物名() 症状：気分不良・発疹・ショック・その他()

ご家族やご親族で目の病気や全身的な病気をした方がありますか？	ない ある 続柄()病名()
女性の方へお伺いします	現在妊娠中ですか？ はい 妊娠(週目)・いいえ・可能性あり 現在授乳中ですか？ はい・いいえ

○マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？

(はい ・ いいえ)

○この1年間で「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか？

受診期間() 指摘事項()

(※マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です)

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。

くぼ眼科クリニック