

# 問診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日		
氏名			大・昭・平・令	年	月 日
住所	〒		職業		
電話番号	携帯電話(必須) : 自宅: ※連絡が付く電話番号をご記載お願いいたします		緊急連絡先: 続柄: 氏名:		

① 当院に来院されたきっかけは何ですか？

- 家族・知人の紹介     看板     インターネット  
 医療機関等の紹介     チラシ     その他( )

② 受診理由を教えてください ( 右目 ・ 左目 ・ 両目 )

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 目が赤い・充血する    | <input type="checkbox"/> まぶたが腫れている                |
| <input type="checkbox"/> めやにが出る       | <input type="checkbox"/> まぶたが下がる                  |
| <input type="checkbox"/> 目がかゆい        | <input type="checkbox"/> コロコロする                   |
| <input type="checkbox"/> 目が疲れやすい      | <input type="checkbox"/> 目が痛い                     |
| <input type="checkbox"/> 見えにくい(近く・遠く) | <input type="checkbox"/> 目が乾燥する                   |
| <input type="checkbox"/> 物が二重に見える     | <input type="checkbox"/> 涙が出る                     |
| <input type="checkbox"/> 物がゆがんで見える    | <input type="checkbox"/> 目を打った                    |
| <input type="checkbox"/> 光が見える        | <input type="checkbox"/> 視力検査希望                   |
| <input type="checkbox"/> 虫が飛んで見える     | <input type="checkbox"/> メガネ処方希望                  |
| <input type="checkbox"/> その他( )       | <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ処方希望( 初めて・経験あり ) |
|                                       | <input type="checkbox"/> 白内障手術希望                  |

③ 上で選んだ症状はいつ頃からですか？

\_\_\_\_\_ ごろから

④ ご自身で考えられる原因はありますか？

- いいえ     はい( )

⑤ 現在、他の眼科に通院されていますか？

- いいえ  
 はい ( 医院名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ )  
          ( 処方されている薬: \_\_\_\_\_ )

⑥ 現在、メガネまたはコンタクトレンズを使用していますか？

- いいえ  
 はい (  遠用メガネ     近用メガネ     遠近両用メガネ  
           ソフトコンタクトレンズ( 1Day ・ 2week )  
           ハードコンタクトレンズ     その他( ) )

※裏面のご記入もお願いします

⑦ 現在、眼科以外で治療中の病気はありますか？

いいえ

はい  糖尿病  高血圧  腎臓病  肝臓病  心臓病  脳梗塞  
 リウマチ  気管支喘息  アレルギー疾患  前立腺肥大症  
 悪性腫瘍(がん)  その他( )

⑦-2 上記で治療中の病気があるとお答えいただいた方へ

治療薬を教えてください(お薬手帳をお持ちでしたら受付に提出してください)

( )

⑦-3 上記で糖尿病治療中とお答えいただいた方へ

・ヘモグロビンA1c値(HbA1c)を教えてください( \_\_\_\_\_ )

・治療方法を教えてください

内服  
 インスリン自己注射  
 その他( )

・どちらの内科に通院されていますか？

( 医院名 )

⑧ 薬や食品でアレルギーが出たことはありますか？

ない  ある( )

⑨ 女性の方で現在授乳中、妊娠中または、妊娠の可能性はありますか？

ない  ある

⑩ 今日は何の交通手段で来院されましたか？

徒歩  自転車  バイク  公共交通機関

自動車(自分で運転)  送迎またはタクシー

⑪ その他、医師に伝えたいことがあればご記入ください

( )

ご記入ありがとうございました。  
受付に問診表をご提出ください。