

眼科 問診票

記入日

令和 年 月 日

ID: 身長: cm 体重: Kg

ふりがな

氏名 男 生年月日
女 大・昭・平 年 月 日 (歳)

住所:

電話番号: (自宅)
(携帯)

当クリニックは診療情報を取得・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。

■マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ

1 受診理由を選んでください(複数選択可)

目が赤い・充血 ゴロゴロする メヤニが出る 流涙 目がカユイ 目が疲れる 目が痛い
目が見えにくい 黒いものが見える 物がゆがんで見える 物が二重に見える 斜視がある
さかさまつげ 目をぶつけた まぶたが下がる まぶたが腫れている
その他()

2 上で選んだ症状は、どちらの目にいつ頃から現れましたか

右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ごろから

3 今まで眼科にかかった事がありますか

()眼科・病院 病名:

4 眼科以外の病気で現在治療中のものはありますか(あり なし)

糖尿病 高血圧 喘息 アトピー ヘルペス その他()

5 現在、飲んでいる薬があれば教えて下さい(あり なし)

薬

6 薬に対するアレルギー、花粉症などのアレルギー体質はありますか

薬のアレルギー(あり なし) 薬の名前()

花粉症(あり なし) その他()

7 この一年で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか (はい いいえ)

いつ頃: 指摘事項:

8 妊娠中の可能性はありますか(あり なし)

※ 当クリニックでは、コンタクトレンズ等の取り扱いはおこなっておりません。

職員記載欄

新患	紹介	登録時間	担当	看護師	scan