

問 診 票

ふりがな		性別	男・女
名前		年齢	才
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	職業	
現住所	〒	電話	自宅
mail			携帯

-----以下の項目のあてはまるものに○をつけてください。また()内に記入してください。-----

1. 本日保険診療を希望しますか？ 希望する・希望しない
2. 本日有効な保険証を持参していますか？ 持参している・持参していない
3. どうなさいましたか？(複数にまたがる場合は、気になる順番に番号をおつけください。)
 - 右目・左目・両目 (眼球・まぶた・目のまわり)
 - 目やに・赤い・腫れた・痛い・ゴロゴロする・かゆい・乾く・涙が出る・疲れる・二重に見える(片目/両目)
 - まぶしい・ぼやける・黒いものが飛んで見える・ゴミが入った(入った物)
 - 目に物があたった(あたった物:) 薬品が入った(入った物:)
 - 視力検査・眼鏡を作りたい・眼圧検査・視野検査・眼底検査・精査希望
 - ・転居のため、今まで他の施設で受けてきた治療、経過観察を継続したい
 - ・学校検診、人間ドッグなどで精密検査を勧められた ・ 何となく調子が悪いので診てほしい
4. 症状はいつ頃からですか？
 - 本日()時ころ・()日前から・()ヶ月前から・()年前から
 - また、その症状は現在 (悪化している・改善してきている・ほとんど変わらない)
5. アレルギーはありますか？ ある・ない 現在も症状がありますか？ ある・ない
 - あると答えた方 (花粉症・薬・注射・食べ物・その他)
 - どのような症状が出ましたか？(目のかゆみ・鼻水・鼻づまり・くしゃみ・皮膚病変・ショック状態)
 - 薬、注射、食べ物、その他の場合、詳細をお書き下さい。()
 - 花粉症の発症時期(春・夏・秋・冬) 内服薬の処方希望(ある・ない) 点鼻薬の処方希望(ある・ない)
6. 女性の方へ 妊娠してますか？ いない・いる (ヶ月) 授乳中ですか？ いいえ・はい
7. 今までに目の病気にかかったことがありますか？また、目の手術をしたことがありますか？
 - いいえ・はい (病名:) いつごろですか?:)
 - 現在治療中 (病名:) 使っている薬:)
 - 過去、又は現在通院中の眼科診療所、病院名 ()
8. 目以外の病気にかかったことがありますか？また体の手術をしたことがありますか？
 - いいえ・はい (**高血圧症**・動脈硬化症・喘息・**糖尿病**・甲状腺疾患・その他:)
 - 最高/最低血圧(/) 血糖値()mg/dl HbA1c()% インスリン()
 - 現在使用しているお薬()
 - 御家族で目の病気にかかった人はいますか？(父・母・祖父母・兄弟) どんな病気ですか？()
9. 当院のことは何でお知りになりましたか？
 - 知人(お名前:)・家族(お名前:)
 - 医療機関からの紹介 (医療機関名:)・医療機関案内サービス ひまわり
 - 看板 (JR駅ホームから見える看板(当ビル2階窓)・当ビル1階)・眼鏡店などからの紹介
 - タウンページ・当院のパンフレット
 - 当院のホームページ(検索キーワード:)
 - クリアビジョンのホームページ(検索キーワード:)

