《問診票》

フリガナ	男　女	[生年月日]　大・昭・平・令
お名前		年　月　日　歳
住　所	〒	
電話番号	携帯番号	※18歳以下の方は保護者の番号を記入して下さい

本日、マイナンバーカードのご利用ですか？　（ はい ・ いいえ ）
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 ）
他の医療機関から紹介状はお持ちですか？　（ はい ・ いいえ ）
この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？　（ はい ・ いいえ ）
→健診時期（　　年　　月）　指導事項:

①今日はどうされましたか?

☐ 目の具合が悪い　☐ 内科などから、または健康診断や人間ドックで受診を勧められた
☐ 眼鏡を作りたい　☐ コンタクトレンズを作りたい　☐ その他

②目の具合が悪い方にお尋ねします。

1) 症状が出たのはいつ頃からですか? ＿＿＿＿＿＿＿＿
2) どちらの目ですか?　☐右目　☐左目　☐両目
3) どのような症状ですか?

☐赤い　☐目やにが出る　☐かゆい　☐痛い　☐ごろごろする　☐まぶたが腫れた
☐乾く　☐涙が出る　☐視力低下　☐かすむ　☐疲れる　☐ゆがむ
☐視野が欠けて見える　☐物が2つに見える　☐黒いものが飛んで見える
☐目を打撲した（具体的に ＿＿＿＿＿＿＿＿ ）
☐その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿

③コンタクトレンズを使用の方にお尋ねします。

1)コンタクトレンズの使用歴は? ＿＿＿＿＿＿＿＿
2)週の使用日数は? ＿＿＿日間/週　3)装用時間は? ＿＿＿時間/日
4)現在使用中のコンタクトレンズは?
☐ハード　☐ソフト　（レンズ名: ＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

④以前、眼科受診されていた病医院名をお書き下さい。

＿＿＿＿＿＿＿＿

→今までに目の病気や手術・レーザー治療等の経験をされたことはありますか?

☐ある　（病気の名前: ＿＿＿＿＿＿＿＿ ）
その病気について手術・レーザー治療を行いましたか？　☐はい　☐いいえ
☐ない

⑤今までに下記の病気をされたことはありますか?

☐糖尿病　☐高血圧　☐心臓疾患　☐喘息　☐リウマチ　☐アトピー
☐アレルギー（花粉症・食物・ダニ・ハウスダスト・動物・その他: ＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

⑥現在通院している病気や過去にかかったことがある病気を記入してください。

【西暦】	【病名・手術名】	【治療状況】	【病医院名】
		終了・通院中	
		終了・通院中	
		終了・通院中	

⑦現在、使用しているお薬はありますか？　※お薬手帳あればご提示下さい。

☐ある　（薬の名前: ＿＿＿＿＿＿＿＿ ）
☐ない

⑧使用禁止の薬（アレルギー症状が出るなど）はありますか?

☐ある　（薬の名前: ＿＿＿＿＿＿＿＿ ）
☐ない

⑨女性の方にお尋ねします。

現在、妊娠中ですか?　☐はい　☐いいえ　/　現在、授乳中ですか?　☐はい　☐いいえ