

もりや眼科 問診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

お名前 男 ・ 女

生年月日 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (才)

〒 -

ご住所

電話番号

携帯電話

当院を知ったきっかけ・来院動機はなんですか？当てはまるもの全てに○をつけてください。

1. 家族、知人の紹介
2. 他の医療機関からの紹介
3. ホームページを見て
4. 電話帳を見て
5. 駅、道路の看板を見て
6. 情報誌を見て
7. 近いから
8. 設備
9. 他院受診しているが、当院にも相談したい（セカンドオピニオン）
10. その他（ ）

1. このたびはどういう症状で来院されましたか？

- 1) 物が見えにくい
- 2) 目がかゆい
- 3) 目が赤い
- 4) 目やにがでる
- 5) 涙がでる
- 6) 目が痛い
- 7) 目が疲れる
- 8) めがね・コンタクトレンズ を作りたい
- 9) 目が乾く
- 10) 検診の再検査
- 11) その他（ ）

2. 上の症状はいつ頃からありますか、またどちらの目ですか？

(日前から、 週前から、 ヶ月前から、 年前から)

(右目 ・ 左目 ・ 両目)

3. 今までに眼科を受診したことがありますか？

(はい ・ いいえ) (眼科名: 病名:)

4. 普段、コンタクトレンズを装用していますか？

(はい ・ いいえ) (はい) の方 → (ソフト ・ ハード)

※本日コンタクトレンズを装用している (はい ・ いいえ)

5. メガネは使用していますか？

(常に使用している ・ 時々使用している ・ 老眼鏡 (近用) のみ ・ 使用していない)

6. 普段、車の運転をしていますか？

(はい ・ いいえ) (はい) の方 → 運転時に (眼鏡をかける ・ 眼鏡をかけない)

裏面も、ご記入お願いいたします。

7. 今までにかかったことのある病気がありますか？

(はい ・ いいえ)

(はい) の方 → 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝機能障害 結核 喘息
その他 ()

8. 今現在、かかりつけの病・医院はありますか？

(はい ・ いいえ) (病医院名:)

9. 今までに、目の手術 をされたことはありますか？

(はい ・ いいえ) (病名: 病院: いつ:)

10. 今までに、薬でアレルギーを起こしたことがありますか？

(はい ・ いいえ) (アレルギー物質:)

11. 家族の中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？(特に緑内障)

(はい ・ いいえ) (病名:)

12. 女性の方のみ、お答えください。

現在、妊娠している、もしくはその可能性がありますか？

(はい ・ いいえ)

現在、授乳中ですか？

(はい ・ いいえ)

13. 糖尿病がある方へ

・ いつころ糖尿病と診断されましたか？ _____ 年前

・ 現在の血糖値やHbA1cはいくつですか？わかる方のみお答えください。

糖尿病手帳をお持ちの方は、スタッフに見せてください)

血糖値 _____ HbA1c _____

・ 現在の糖尿病の治療について教えてください(当てはまる番号に丸をつけてください)

1. 内服薬を使わずに、定期的に内科にみてもらっている

2. 内服薬を出してもらっている

3. インスリンの治療をしている

・ 糖尿病で眼科を受診したことがありますか？最後に眼科を受診したのはいつごろですか？

受診したことがない 受診したことがある(最終受診日) _____ 年前

以上になります。ありがとうございました。