

# もりや眼科 問診票

記入日 平成 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 )

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。