

# 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

・ いつご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。