

眼科問診票

氏名： _____ (_____ 歳) 職業： _____

連絡先： 自宅 / 勤務先 (_____) - _____ 携帯： (_____) - _____

1 受診理由に○をして下さい(複数回答可)

- () 目の症状 (視力の低下・ものが2重に見える・眼が痛い・眼がかゆい・めやにが出る)
上記以外 ()
() 白内障手術の相談 (手術を受けたい・多焦点眼内レンズ希望・単焦点眼内レンズ希望)
() 屈折矯正手術の相談 (LASIK を受けたい・PRK を受けたい・ICL を受けたい・その他)
() 緑内障の相談

2 本日、どなたかのご紹介ですか? はい ・ いいえ

紹介あり → かかりつけの (眼科・歯科・その他の科) ・友人・知人 (_____ 様)
紹介なし → インターネット・新聞・雑誌・テレビ・その他 (_____)

3 目の病気で治療を受けた事がありますか? はい ・ いいえ

病名 (_____) 時期 (現在 ・ _____ 年前)

4 コンタクトレンズは使用されていますか? はい (常に・時々) ・ いいえ

「はい」の場合 → (ハード / 両・右・左 , ソフト / 両・右・左)

5 現在、体の病気で治療を受けていますか? はい ・ いいえ

病院名 (_____) 最近の受診日 (_____ 年 _____ 月)
病名 : 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 脳梗塞 ・ その他 (_____)
治療内容 (_____)

6 今までに手術や入院をした病気があればお書きください。

病名 (_____) 時期 (_____ 年前)
病院名 (_____) 治療内容 (_____)

7 薬を飲まれている方は名前をお書きください。(お薬手帳があればご提出ください)

マイナ保険証による情報取得に同意している方は、最近1ヶ月以内の処方薬のみをお書きください。
薬名 (_____)

8 今までアレルギーを起こしたことがありますか? はい ・ いいえ

① 薬:(_____) ② 食べ物:クリ・アボカド・キウイ・バナナ・その他 (_____)

9 【女性の方のみ】現在、妊娠中又は授乳中ですか? はい ・ いいえ

10 この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診したことがありますか?

マイナ保険証による情報取得に同意している方は省略できます。

はい → 受診時期(_____ 年 _____ 月) ・ いいえ
指摘された内容 (_____)

11 何か気になる点があればお書きください。

(_____)

12 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