

眼科 問診票

お名前	フリカナ	性別	年齢	身長	体重
		男・女	歳	cm	kg

1 今日はどうされましたか？

- どのような症状（複数選択可、両目の場合は右・左両方に○をつけてください）

右眼	<input type="checkbox"/> 異物感	<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> かゆみ	<input type="checkbox"/> 目やに
	<input type="checkbox"/> 充血	<input type="checkbox"/> 流涙	<input type="checkbox"/> 目がかすむ	<input type="checkbox"/> 黒いものが見える
	<input type="checkbox"/> ゆがんで見える	<input type="checkbox"/> ものが二重に見える	<input type="checkbox"/> 斜視が気になる	
	<input type="checkbox"/> 視力が落ちてきた	<input type="checkbox"/> メガネの作成を希望		
	<input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> その他（_____）		

左眼	<input type="checkbox"/> 異物感	<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> かゆみ	<input type="checkbox"/> 目やに
	<input type="checkbox"/> 充血	<input type="checkbox"/> 流涙	<input type="checkbox"/> 目がかすむ	<input type="checkbox"/> 黒いものが見える
	<input type="checkbox"/> ゆがんで見える	<input type="checkbox"/> ものが二重に見える	<input type="checkbox"/> 斜視が気になる	
	<input type="checkbox"/> 視力が落ちてきた	<input type="checkbox"/> メガネの作成を希望		
	<input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> その他（_____）		

- いつからですか？

- 本日コンタクトはしていますか？（いいえ・はい）

2 治療や検査などご希望がありましたらご記入ください。

3 患者さんの治療状況についてお聞きします。

- 現在治療中の病気はありますか？（なし・あり）ありの場合は下の項目に○をつけてください。
〈心臓病・高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・喘息・胃腸病・脳疾患・癌・その他（_____）〉
- 今までに入院をするような大きな病気にかかったことはありますか？（なし・あり）
 - ① 病名：_____ いつ頃：_____ 治療内容：_____
 - ② 病名：_____ いつ頃：_____ 治療内容：_____
- 現在処方されているお薬はありますか？（なし・あり）
 - お薬手帳の持参（なし・あり）
 - お薬手帳の持参がない場合は四角の中に処方内容を記載してください。

4 アレルギーはありますか？（なし・あり）

- 食べ物：_____ ・ 薬：_____ ・ その他：_____

5 金属アレルギーはありますか？（なし・あり）

6 閉所恐怖症はありますか？（なし・あり）

7 喫煙していますか？（いいえ・はい）

- _____本/日 ・ 喫煙歴 _____年

8 お酒は飲みますか？（いいえ・はい）

- （ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー）を1日あたり _____ ぐらい

9 女性の方のみにおたずねします。

- 現在妊娠の可能性はありますか？（なし・あり）
 - 妊娠 _____ヶ月 授乳中ですか？（いいえ・はい）