

ひがし眼科 問診票

氏名 _____ 受診日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記の質問にお答えください。

1. 本日はどのような症状でお困りですか。

- ☐痛み ☐かゆみ ☐充血 ☐目やに ☐異物感 ☐乾燥感
☐疲れ眼 ☐かすみ ☐涙目 ☐ぼやける ☐視力低下
☐腫れている ☐糸の様な物がみえる
☐その他の症状（ _____ ）

2. いつ頃からですか。

- ☐今日 ☐昨日 ☐2～3日前 ☐1週間前
☐その他（ _____ ）前から

3. どちらの眼ですか。

- ☐右眼 ☐左眼 ☐両眼

4. 目の病気で治療を受けたことがありますか？ はい・いいえ
病名（ _____ ） 時期（ _____ 年前）

5. 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）

6. 現在、他の医療機関に通院してますか？ はい・いいえ
医院・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（ _____ ）

7. 現在、使用している薬がある場合は御記入ください。お薬手帳をお持ちの方は お出してください
お薬名： _____

8. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

薬のアレルギー

☐いいえ ☐はい 薬剤名： _____ 症状： _____

食べ物のアレルギー

☐いいえ ☐はい 食べ物名： _____ 症状： _____

9. 眼鏡、コンタクトレンズは使用していますか。

☐いいえ ☐はい ⇒ (☐眼鏡 ☐コンタクトレンズ ☐両方)

10. 御家族に緑内障の方は いらっしゃいますか？ はい・いいえ

11. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか

☐いいえ

☐はい

☐可能性あり

授乳中ですか

☐いいえ

☐はい

12. 当院を受診されたきっかけは何ですか？（複数回答可）

ホームページ インターネット 街中の看板 電話帳の広告

家や職場が近い 家族や知人から聞いた 他院からの紹介

その他 ()

13. 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？

いいえ・はい

受診時期 (年 月)

指摘された内容 ()

14. 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

* 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に
努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の
利用にご協力をお願いいたします。

医療情報取得加算：1点

※ 御記入ありがとうございました。 お手数ですが、
受付までご提出ください。

