

明海大学病院 眼科 問診表

年 月 日

ふりがな		年齢	体重
名前		歳	kg

①、受診希望の目はどれですか？ 【 右目 ・ 左目 ・ 両目 】

②、悪くなったのはいつからですか？ 【 月 日頃より】

③、あてはまる症状に ○ を、特に一番困ることに ◎ を付けてください

- | | | |
|------------------------|------------------|------------|
| () 目やにがでる | () 涙が出る | () 吐き気がする |
| () 眼が赤い | () 眼が乾く | () まぶしい |
| () できものができた | () はれた | () かすむ |
| () ゴロゴロする | () 眼が痛い | () 眼が疲れる |
| () かゆい | () 頭が痛い | |
| () 蚊が飛んだ様に見える | () キザキザ光った物が見える | |
| () 物がゆがんで見える | () 物が二つに見える | |
| () 【遠く・近く】が見えにくい | () 眼鏡を作りたい | |
| () 物が見えなくなった【突然に・次第に】 | 【中心部・全体・一部分】 | |
| () 眼底検査希望 | () 視力検査希望 | () その他 |

④、上記の症状について、以前医師の診断を受けましたか？

- いいえ はい 【その病院名: _____】

⑤、お薬のアレルギーはありますか？

- ない ある 【お薬の名前: _____】

⑥、じんましん、ぜんそくをおこしたことはありますか？

- ない ある 【原因がわかれば: _____】

⑦、ショックをおこしたことはありますか？

- ない ある 【原因がわかれば: _____】

⑧、現在薬を服用していますか？ はい いいえ

⑨、これまでにかかった病気

- 眼 【 白内障 ・ 緑内障 ・ その他 (_____) 】
- 全身 【 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ その他 (_____) 】

家族の方に眼の病気をした人がいますか？

- いる 【 緑内障 ・ 網膜色素変性症 ・ その他 (_____) 】

⑩、今日はどんな交通手段で来院されましたか？

- 徒歩 自転車 バイク 自動車 バス

⑪、当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)を取得することに同意しますか？ はい いいえ

当院では患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療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。
ご提供いただいた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。