問診票〈眼科 受診用〉　　氏名

1. 眼鏡、コンタクトレンズを使用していますか?

□ いいえ

□ はい

□ 眼　鏡　：□ 遠く用　□ 近く用　□ 老眼鏡　□ 遠近両用

□ コンタクトレンズ　：□ ソフト　□ 1day　□ 2week　□ その他

□ ハード

□ カラー

2. 家族や親戚の方で眼の悪い方はいらっしゃいますか?

□ いいえ

□ はい　　続柄（　　）

あてはまるものがあれば☑をしてください。

□ 白内障　□ 緑内障　□ 糖尿病性網膜症　□ 斜視　□ 弱視　□ 網膜剥離

□ 夜盲　□ 色素異常　□ 網膜色素変性症　□ その他（　　）

3. かかりつけの眼科はありますか?

□ いいえ

□ はい

病 院 名　：（　　）

4. 眼の手術・治療を受けたことがありますか?

□ いいえ

□ はい

□ **右眼　手術・治療**：（　　）

□ **左眼　手術・治療**：（　　）

5. 眼科以外でかかりつけの病院がありますか?

□ いいえ

□ はい

病 院 名　：（　　）

6. コロナワクチンの接種歴はありますか?

□ いいえ

□ はい

□ 接種時期（　　）　□ 接種回数（　　回）

初めて診察を受けられる方へ

問診室入力 [　　]
令和　　年　　月　　日

※ご記入または☑を入れてください

フリガナ		年齢	体温：　℃	脈拍：　回/分
氏名			血圧：　/　mmHg	
携帯	－　－		身長：　cm	体重：　kg
緊急連絡先	氏名：　続柄：		呼吸数：　回	SPO2：　%
	電話番号：　－　－			

① 今までにかかった病気（指摘されたことのある病気）がありますか？ ☐高血圧　☐糖尿病　☐喘息　☐透析・シャント部位（　） ☐心臓病　☐脳血管疾患　☐がん・悪性腫瘍　☐肺疾患　☐腎臓病　☐肝臓病 ☐膠原病　☐眼の病気　☐耳・鼻の病気　☐胃・腸の病気　☐骨の病気 ☐てんかん　☐甲状腺疾患　☐精神疾患　☐その他（　）	☐はい　☐いいえ
② 手術を受けたことがありますか？（病名または手術名）　年齢　医療機関	☐はい　☐いいえ
③ 現在飲んでいる薬がありますか？	☐はい　☐いいえ
お薬手帳を持参されていますか？	☐はい　☐いいえ
④ 薬でアレルギー症状を起こしたことがありますか？ 薬品名（　）　症状（　）	☐はい　☐いいえ
⑤ 以下のアレルギーはありますか？ ☐食べ物（食品名：　）　症状（　） ☐アルコール　☐ゴム・ラテックス　☐ヨード系　☐金属　☐絆創膏	☐はい　☐いいえ
⑥ 体内・体外に留置している医療機器がありますか？ ☐CVポート　☐金属ステント　☐避妊リング・ペッサリー ☐歯のインプラント　☐ペースメーカー　☐植込み型除細動器（ICD） ☐人工内耳　☐その他（　）	☐はい　☐いいえ
⑦ タバコ（電子タバコも含みます）は吸いますか？ （　歳頃から　本/日　）（喫煙歴：　年　）	☐はい　☐いいえ
⑧ お酒は飲みますか？	☐はい　☐いいえ
⑨ がんなどの悪性の病気が分かった場合、告知を受けたいですか？	☐はい　☐いいえ
⑩ 治療上輸血が必要となったときは受けられますか？	☐はい　☐いいえ
⑪ 女性の方へお尋ねします。 妊娠中、または可能性はありますか？	☐はい　☐いいえ
⑫ かかりつけの歯科があれば教えてください	（　）歯科