

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. 血縁の方(いとこまで)で眼の手術をした方、生まれつき眼が見えない方はいますか？

 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 : ()

2024年1月改訂

初めて診察を受けられる方へ

問診室入力

--

※ ご記入またはを入れてください

令和 年 月 日

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：			

<p>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？</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 透析・シャント部位()</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> がん・悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病</p> <p><input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 眼の病気 <input type="checkbox"/> 耳・鼻の病気 <input type="checkbox"/> 胃・腸の病気 <input type="checkbox"/> 骨の病気</p> <p><input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他()</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>② 手術を受けたことがありますか？ (病名または手術名)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">年齢</td> <td style="width: 20%;">医療機関</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	年齢	医療機関					<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
年齢	医療機関						
<p>③ 現在飲んでいる薬がありますか？</p> <p>お薬手帳を持参されていますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>④ 薬でアレルギー症状を起こしたことがありますか？</p> <p>薬品名() 症状()</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>⑤ 以下のアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 食べ物(食品名:) 症状()</p> <p><input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ゴム・ラテックス <input type="checkbox"/> ヨード系 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 絆創膏</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>⑥ 体内・体外に留置している医療機器がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> 避妊リング・ペッサリー</p> <p><input type="checkbox"/> 歯のインプラント <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器(ICD)</p> <p><input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> リブレ <input type="checkbox"/> その他()</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>⑦ 喫煙歴はありますか？(電子タバコも含みます)</p> <p>(歳頃から 本/日) (喫煙歴： 年)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>⑧ お酒は飲みますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>⑨ がんなどの悪性の病気が分かった場合、自分で病状説明を聞きますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>⑩ 必要時、輸血を受けますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>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？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>						
<p>⑫ かかりつけの歯科があれば教えてください</p>	<p>() 歯科</p>						