

眼科 問診票	
氏名	薬・注射による副作用 無・有 薬品名()
	アレルギー 無・有 花粉・食物・金属・その他()
年齢 才 男・女	女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠 している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 授乳中
身長 cm 体重 Kg	1ヶ月以内に海外に行かれましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
今までに大きな病気をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	
今までに手術をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	
現在内服中の薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(PL病院・他院) お薬手帳持参 無・有	
タバコ <input type="checkbox"/> 吸う 1日平均 ()本 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した ()年前から	
お酒 <input type="checkbox"/> 飲む 1日に飲む量() ()回/週 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 禁酒した()年前から	
介護保険の申請 なし・あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)	
利き手はどちらですか 右 左	
今回の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	

来院理由 当てはまる項目にチェックまたは記入をお願いします

1. どちらの眼が悪いですか	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方
2. どのような症状ですか	<input type="checkbox"/> 物が見えにくい <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 見ようとするとところが見えにくい <input type="checkbox"/> 糸くずのようなものが見える <input type="checkbox"/> 眼が痛い <input type="checkbox"/> 眼が赤い <input type="checkbox"/> 目やにが出る <input type="checkbox"/> 眼がかゆい <input type="checkbox"/> 眼が乾く感じがする <input type="checkbox"/> 眼に異物感がある <input type="checkbox"/> コンタクトを作りたい <input type="checkbox"/> メガネを作りたい <input type="checkbox"/> その他、上記以外の症状があればお書き下さい。
3. その症状はいつごろから始まりましたか	→ 月 日 頃から
4. 上記の症状でどこかで診察(治療)を受けましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 病院名 () 受診日 (月 日) 病名 () 今、現在使用している目薬()
5. 今までに眼の病気をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (年 月 日頃) 診断名 ()
6. 以下で治療中のご病気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他 ()
7. あなたの家族・親族の方に眼の病気や全身的な病気をされた方がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 続柄() 診断名()

※以下は医療者が記入しますので、記入しないでください

体温 度 脈拍 回/分 SPO2 % 血圧 / mmHg 再検 / mmHg
 看護師サイン

(裏面へ続く)

本日マイナ保険証を利用されましたか　はい・いいえ		
はいの方 → 「診療情報取得」に同意されましたか	はい・いいえ	
現在、他の医療機関に通院されていますか <input type="checkbox"/> 通院なし		
<input type="checkbox"/> 通院中(医療機関	受診日	治療内容)
この1年間で健診(特定健診・高齢者健診に限る)を受けられましたか　(40才以上の方のみ)		
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい　* マイナ保険証による情報取得に同意された場合省略可能		

2023.2

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・活用することで、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
 初診時には医療情報・システム基盤整備体制充実加算がかかります。　加算1：4点　加算2：2点
 (加算2はマイナ保険証による診療情報取得に同意された場合 又は 他院からの紹介状を持参された場合)