

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

- どちらの眼が悪いですか 右 左 両方
- 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。	

()
- その症状はいつごろから始まりましたか → 月 日 頃から
- 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()
- 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 ()
-----------------------------	--
- 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 ()
- 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