

眼科 問診票

裏面もあります

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( )
-----------------------------	--

(裏面へ続く)

※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

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		

2024.6

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取得加算がかかります。 加算1：3点 加算2：1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)