眼科　問診表

記入日　　年　　月　　日

お名前

様　　性別　男・女　　年齢　　歳

本日、 受診された症状について いつからですか 症状にレ点を入れて下さい	発症時期: □ 右眼　□左眼　□両眼 □痛い　□かゆい　□充血 □見えにくい　□ぼやける □目やにが出る　□涙がよく出る □ゴロゴロする □その他	◆マイナ保険証による診療情報取得に同意 □する　□しない □持っていない ◆他の医療機関からの紹介状 □ない　□ある 現在、他の医療機関に通院していますか □していない　□している 医療機関名 受診日 治療内容 ◆40 歳以上の方、この 1 年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したことが □ない　□ある 受診時期 指摘事項等
症状の変化はありますか	□ずっと同じ　□ひどくなった □軽くなった　□時々おこる	
これまでに入院や手術を要する病気等にかかったことがありますか？	□ある　□ない 医療機関名: 時期: 病名: 治療内容:	
今までに糖尿病・高血圧 喘息・心臓病があると言われたことはありますか？	□ ない □ ある⇒ 糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 その他 時期:	看護師記入欄
現在処方されている薬がありますか？	薬剤名: 投薬期間:	
コンタクトレンズを装用されていますか	□はい　□いいえ	
アレルギーを起こした事がありますか？	薬剤 □なし □あり （種類:　症状:　） 食物 □なし □あり （種類:　症状:　） 金属 □なし □あり （種類:　症状:　） ゴム製品 □なし □あり （種類:　症状:　） その他 □なし □あり （種類:　症状:　）	
女性の方へ　現在、妊娠中または授乳中ですか？	□なし　□あり　妊娠　週 □授乳中	看護師サイン（　　）

◆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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。　改訂 2022.11