

# 問診票

年 月 日 お名前

---

1. 具合が悪いのはどちらの眼でしょうか？  
右眼      左眼      両眼
2. どのような症状でしょうか？  
視力低下    かすむ    疲れる    見えない部分がある    黒い点が見える  
充血    めやに    かゆみ    眼がゴロゴロする    眼が乾く    涙が多い  
できもの    痛み    眼鏡希望      コンタクトレンズ希望
3. いつから症状がありますか？（      日前から・      ヶ月前から・      年前から）  
眼科で使用している内服、点眼薬はありますか？  
無      有（      ）
4. 今までに眼科の病気にかかったことがありますか？  
無      有（      ）
5. 眼科以外の病気にかかったことがありますか？    無    有  
高血圧    糖尿病    心疾患    喘息    アレルギー性鼻炎（花粉症）  
脳梗塞    甲状腺疾患    アトピー性皮膚炎    その他（      ）
6. 現在お使いの眼科以外のお薬はありますか？  
無      有（      ）
7. これまでに入院や手術を必要とするような大きな病気にかかったことがありますか？  
無      有（      ）
8. 薬や食品などでアレルギー症状が出るものはありますか？    無    有  
薬（内服薬/注射薬/造影剤/消毒薬など）    食品（果物/乳製品/大豆・小麦など）  
絆創膏・湿布    金属    ゴム製品    その他（      ）
9. マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意されますか？  
同意する  
同意しない      マイナンバーカードを持って来ていない
10. この1年間で特定健診や高齢者健診、事業者健診を受けたことがありますか？  
無  
有⇒受診時期（      ）  
健診で何か指摘されましたか？（      ）
11. 女性の方におたずねします。現在妊娠中または授乳中ですか？  
妊娠中    授乳中    どちらでもない

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、マイナンバーカード保険証の利用にご協力をお願いいたします。