

初診問診票

記入日 西暦_____年____月____日

患者氏名_____年齢____才 男 女

代理記入者名_____続柄_____

下の質問で当てはまるものに✓を入れてお答えください。

1) 症状があるのはどちらの眼（いつから）ですか？ 記入例：✓ 両眼（3日前～）
☐ 両眼（_____～） ☐ 右眼（_____～） ☐ 左眼（_____～）

2) 一番お困りの症状は？

()

3) その他あれば ✓ 印を入れてください。（複数回答可）

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|
| ☐ かすむ | ☐ 何かが飛んで見える | ☐ 物がゆがんで見える | ☐ まぶしい |
| ☐ 見えにくくなった | ☐ 光が見える | ☐ 疲れる | |
| ☐ かゆみ | ☐ 痛み | ☐ メヤニが出る | ☐ 涙が出る |
| ☐ 充血 | ☐ 乾燥する | ☐ 違和感(ゴロゴロ)する | ☐ ゴミが入った |
| ☐ まぶたが腫れている | ☐ できものがある | ☐ 白内障手術目的で紹介された | |

4) 今までに眼科を受診されたことはありますか？

- ☐ いいえ
- ☐ はい → 病 名（_____） いつ頃（_____）
病院名（_____）
使用中の点眼薬・内服薬など（_____）

5) 今までに眼の手術をされたことはありますか？

- ☐ いいえ
- ☐ はい → ☐ 白内障 ☐ 緑内障 ☐ 網膜剥離 ☐ レーザー ☐ 近視矯正手術(LASIK など)
その他（_____）
病院名（_____） いつ頃（_____）

6) 当院は何によってお知りになりましたか？（複数回答可）

- ☐ 知人・家族から聞いて（_____） ☐ 他の医療機関からの紹介（_____）
☐ ホームページを見て ☐ 自宅・職場から近いため ☐ 当院職員紹介（_____）
☐ その他（_____）

アレルギー問診票

7) 今までにかかった事がある病気・または治療中の病気はありますか？

□いいえ

☐はい → ☐高血圧 ☐糖尿病 ☐喘息 ☐心臓疾患（病名）
 ☐脳梗塞 ☐高脂血症 ☐高コレステロール ☐腎疾患（病名）
 ☐前立腺肥大☐花粉症 ☐アレルギー疾患（病名）
いつから（ ） ☐その他（ ）

8) ご使用中のお薬はありますか？(特にバイアスピリン・ワーファリン・抗血小板剤など)

☐いいえ ☐はい → 薬品名 ()

9) 今までに大きな手術をされたことはありますか？

□いいえ □はい → 病名() いつ頃()
手術名() 病院名()

10) 本日は乗り物を運転して来られましたか？

☐いいえ ☐はい → ☐車 ☐バイク ☐自転車

1 1) 本日はコンタクトレンズを装着されていますか？

☐いいえ ☐はい

11) 下の①～③で『赤く腫れる』『発疹・じんましがでる』『気分不良』『ショック』『下痢・腹痛』などを起こしたことがありますか？

① 薬・注射・造影剤など

☐いいえ ☐はい → ☐アスピリン ☐ピリン系 ☐サルファ剤 ☐ペニシリン
☐その他()

② 食品・化粧品・洗剤・金属など

☐いいえ ☐はい → 品名()

③ 消毒用アルコール

☐いいえ ☐はい

12) 「けいれん」や「ひきつけ」を起こしたことがありますか？

☐いいえ ☐はい → いつ頃 ()

13) 1ヶ月以内に予防注射を受けたことがありますか？

☐いいえ ☐はい

14) 妊娠中あるいは授乳中ですか？

☐いいえ ☐はい ☐わからない