

ID :

記入日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### 亀谷アイクリニック 問診票

お名前	フリガナ	性別	生年月日 (年齢)
		男・女	年 月 日 ( 才)
住所	〒	電話番号 携帯	

1 来院手段

本日は自分で運転してきましたか？ ( いいえ ・ はい )

2 今日はどうされましたか？

■ どのような症状がありますか (右・左・両方に○をつけてください)

右・左・両 見えにくい ゆがむ 飛蚊症 その他

■ いつからですか？

■ 目の病気で治療したことがありますか？ ( いいえ ・ はい )

○ 病名： \_\_\_\_\_ いつ頃： \_\_\_\_\_ 治療内容： \_\_\_\_\_

体温

\_\_\_\_\_ °C

3 患者さんの身体の治療状況についてお聞きします。

■ 高血圧 (ない・ある) → 内服 (ない・ある)

■ 糖尿病 (ない・ある) → 内服 (ない・ある)

\_\_\_\_\_ 年前から、HbA1c \_\_\_\_\_ %

■ 心臓病・不整脈 (ない・ある) → 内服 (ない・ある)

\_\_\_\_\_ 年前、治療内容： \_\_\_\_\_ .

■ 脳梗塞・脳出血 (ない・ある) → 内服 (ない・ある)

\_\_\_\_\_ 年前

■ 喘息 (小児喘息) (ない・ある) → 内服 (ない・ある)

■ 免疫抑制剤・抗リウマチ注射薬の使用 (ない・ある) 薬名： \_\_\_\_\_ 内服・注射

■ その他今までに入院をするような大きな病気にかかったことはありますか？ ( なし ・ あり )

○ 病名： \_\_\_\_\_ いつ頃： \_\_\_\_\_ 治療内容： \_\_\_\_\_ .

■ 上に書いた薬以外に現在処方されているお薬はありますか？ ( なし ・ あり )

○ お薬手帳の持参 ( なし ・ あり )

お薬手帳の持参がない場合は下の空いているところに処方内容を記載してください。

薬名： \_\_\_\_\_

4 アレルギーはありますか？ ( なし ・ あり )

■ 食べ物： \_\_\_\_\_ ・ 薬： \_\_\_\_\_ ・ ゴム \_\_\_\_\_ ・ その他： \_\_\_\_\_ .

5 金属アレルギーはありますか？ ( なし ・ あり )

6 中等度以上の閉所恐怖症はありますか？ ( なし ・ あり )

7 喫煙していますか？ ( いいえ ・ はい ) 喫煙歴 \_\_\_\_\_ 年

8 女性の方のみにおたずねします。

■ 現在妊娠の可能性はありますか？ ( なし ・ あり )

○ 妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月 授乳中ですか？ ( いいえ ・ はい )

9 本日コンタクトレンズはしていますか？ ( いいえ ・ はい )