

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 本日コンタクトレンズはしていますか？ (いいえ ・ はい)

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)

9 マイナ保険証による診療情報取得について同意しますか？ (はい ・ いいえ ・ マイナ保険証なし)

10 自己負担限度額をオンラインで確認してよいですか？ (はい ・ いいえ)

(はいの場合、手術の日程を決める際に自己負担額のより少ない日程を相談することができます)