

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 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

■ その他今までにかかった病気・けが また入院・手術の経験はありますか？ (なし ・ あり)

○ 病名： _____ いつ頃： _____ 治療内容： _____ .

○ 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 (なし・あり) ・金属 (なし・あり)

・その他 ()

5 中等度以上の閉所恐怖症はありますか？ (なし ・ あり)

6 コンタクトレンズを使用したことはありますか？ (いいえ ・ はい ⇒ ソフト・ハード)

最後に使用したのはいつですか？()

7 50歳未満の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)

8 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)

9 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)