

眼科問診票

初診の方はお時間がかかります。ご理解ください。

お名前（ ）

問 1. 現在飲んでいる薬があればご記入ください

（ ）

女性のみ：ピルや女性ホルモン剤を使用していますか？

☐ いいえ ☐ はい（薬剤名 ）

※1 マイナ保険証による情報取得に同意された方は、直近 1 ヶ月以内の処方除き記載は省略可です

※2 お薬手帳や説明書をお持ちの方は提出していただければ記入不要です

問 2. 歯やけがなどの治療で麻酔注射をしたことはありますか？

☐ いいえ ☐ はい ☐ わからない

その時異常はありましたか？ ☐ いいえ ☐ はい（症状 ）

問 3. 輸血を受けたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい ☐ わからない

問 4. 喫煙・飲酒の習慣についておたずねします

（1）喫煙 ☐ 吸う （ ） 歳から 1 日（ ） 本

☐ 吸っていた（ ） 歳から（ ） 歳まで 1 日（ ） 本

☐ 吸わない

（2）飲酒 ☐ よく飲む ☐ ときどき飲む ☐ 以前はよく飲んだ（ ） 年間

種類（ ）を量（ ）☐ 杯 ☐ 合 ☐ 本 週（ ）回

☐ ほとんど飲まない

問 5. ご職業は？（ ）

内容 ☐ 座り仕事 ☐ 立ち仕事 ☐ 重労働 ☐ その他（ ）

うらに続きます

問 6. 女性のみ

妊娠している可能性はありますか？

☐いいえ ☐はい（妊娠 週） ☐わからない

授乳中ですか？

☐いいえ ☐はい

問 7. 介護認定を受けていますか？

☐いいえ ☐はい

問 8. 症状はいつからですか（ ）

問 9. どちらの目でしょうか ☐右目 ☐左目 ☐両目

問 10. どのような症状ですか

☐かすむ ☐見えにくい ☐暗く感じる ☐ゆがんで見える

☐二重に見える ☐痛い ☐かゆい ☐充血した ☐涙がよくでる

☐目ヤニがでる

☐その他の症状（ ）

問 11. 他の眼科にかかっていますか？

☐いいえ

☐はい（ ）眼科