

加藤眼科 問診表

ふりがな

お名前 _____ 電話：自宅 _____

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 携帯 _____

住所：〒 _____

メールアドレス（WEB予約初診の場合） _____

§ マイナ保険証による診療情報取得に同意する／しない

§ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい／いいえ

§ 症状があるのはどちらの眼ですか？ 両眼／右眼／左眼

§ 症状の始まった時期はいつごろですか？ _____ から

§ 気になる症状に○を、最も気になるものには◎をつけて下さい。（複数可）

かすむ・まぶしい・ゆがむ・だぶる・ゴミが入った・目をぶつけた
光が走る・ゴミまたは糸のようなものが見える・視野が欠けている
まぶたが痛い／腫れた・しこりができた・目の表面が痛い・目の奥が痛い
目が赤い・かゆい・メヤニ・涙が出る・乾く
疲れる・しょぼしょぼする・メガネ／コンタクトレンズを作りたい
学校検診／人間ドック／他院で眼科受診を勧められた
その他：

§ 本日は御自分で車を運転して来ましたか？ →はい・いいえ

あるいは受診後数時間以内に車を運転しますか？ →はい・いいえ

（ご自身で運転して帰る場合、散瞳薬を用いた精密検査はできませんのでご了承下さい。）

§ 現在他院で治療中の病気がありますか？ →はい・いいえ

医療機関名：

病名：

§ 薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？ →はい・いいえ

具体的に

§ 入院や手術を要する病気にかかったことはありますか？ →はい・いいえ

時期

治療内容

*裏面にも御記入下さい。

加藤眼科 問診表

§ 目の手術やレーザー治療を受けたことがありますか？

→はい・いいえ

具体的に

§ 現在妊娠中または授乳中ですか？（女性のみ）

→はい・いいえ

§ 眼科受診を勧められ来院された方は当てはまる項目に○をつけて下さい。

* どちらで勧められましたか？

他の眼科／他院（内科など）／健康診断／人間ドック

具体的に

* 具体的な紹介の目的（おわかりになれば御記入下さい。）

- ・ 白内障手術
- ・ 緑内障（視神経乳頭陥凹拡大）の精密検査
- ・ 糖尿病の眼底検査

糖尿病とわかってからの年数： 年

ヘモグロビンA1cの値： %

治療内容：食事・運動のみ／内服薬／インスリン注射

- ・ 高血圧の眼底検査
- ・ その他

§ 何か特に御要望があれば空きスペースに御記入下さい。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用に御協力をお願い致します。