

眼科問診票

名前

連絡先Tel :

年齢

職業

身長

c m 体重

k g

1. 受診目的・症状は何ですか？ またいつからですか？

【
】

そのほか眼の病気はありますか？ 【
】

2. 今までにかかったことのある大きな病気やケガはありますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 肺炎 アトピー性皮膚炎 花粉症

喘息 腎臓病（透析等） 精神疾患（認知症 うつ病 統合失調症）

そのほか（
）

3. 現在服用されている薬はありますか？

ない ある→お薬手帳を提出してください

そのくすりをもらっている病院名（
）

忘れた場合薬の内容は分かっていますか？ はい いいえ

4. アレルギーはありますか？

ない ある（ 薬・ 食べ物・ 金属 ）

5. 体内に金属が入っていますか？

いいえ はい（
）

6. 現在他の病院に入院中・施設に入所中ですか？

いいえ はい（
）

7. 6ヶ月以内に海外にいかれましたか？

いいえ はい（
）

※裏面もあります。

8. 女性の方のみ、現在妊娠していますか？ いいえ はい

9. 喫煙していますか？

いいえ

以前から吸っていない

以前は吸っていた

禁煙状況：(年前／ ヶ月前／ 日前から禁煙)

はい

紙巻きタバコ (種類) (1日使用数： 本× 年)

加熱式タバコ (種類) (1日使用数： × 年)

電子タバコの使用有無 (有り・無し)

★紙巻きタバコと他のタバコを併用している場合、すべてにご記入をお願いします。

10. 受動喫煙状況：同居者で喫煙している人はいますか。

いいえ はい (喫煙者の続柄：)

11. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。

いいえ はい

12. 他の医療機関からの紹介状はありますか。

いいえ はい (医療機関名：)

13. この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診していますか。

いいえ はい (受診時期： 指摘事項：)

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ご協力をお願いいたします。

★ご協力ありがとうございました。