

問 診 票

診察希望 1 2 3

確認者

かな	現在、コンタクトレンズを装用中ですか？ はい・いいえ ハード・ソフト (1day・2 week・1 month)
お名前 男・女	携帯・自宅 () 番号
ご住所 □保険証記載と同じ	大正・昭和 年 月 日生 (歳) 平成・令和

《人間ドック・職場の健康診断の結果をお持ちの方はご提示ください。》

どのような症状で受診されましたか？	<input type="checkbox"/> 両眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 紹介状を見て欲しい 赤い・めやに・かゆい・コロコロする・痛い・涙が出る まぶたの腫れ・見えにくい・黒いものが飛ぶ・歪んで見える () <input type="checkbox"/> 白内障診療・手術目的 <input type="checkbox"/> 緑内障診療目的 <input type="checkbox"/> 近視進行予防目的 <input type="checkbox"/> 糖尿病の検診目的 <input type="checkbox"/> ドライアイ診療目的 <input type="checkbox"/> 人間ドックの二次検診目的 <input type="checkbox"/> 自費検診目的(全額自費) <input type="checkbox"/> コンタクト作成(初めて・経験あり) <input type="checkbox"/> 眼鏡作成(遠用・近用・遠近両用)
いつごろからですか？	() から 例：2～3日前から
特に希望される目の検査はございますか？	<input type="checkbox"/> 必要に応じての検査希望 <input type="checkbox"/> 視力検査などの基礎的な検査を希望しない(見え方に異常のない方) <small>⑩医学的に必要と判断された場合は検査を行う場合がございます。</small> <input type="checkbox"/> 視力検査 <input type="checkbox"/> 眼圧検査 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 白内障検査 <input type="checkbox"/> 緑内障検査 <input type="checkbox"/> 眼鏡やコンタクトの見え方チェック <small>⑩☑された全ての検査が行われる訳ではありません。</small>
現在、眼科の疾患で治療中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ドライアイ・白内障・網膜疾患・緑内障・斜視・弱視 () <input type="checkbox"/> 紹介状を見て欲しい どちらの眼科様ですか？ ()
今までに手術を受けた事はございますか？	<input type="checkbox"/> なし・判らない <input type="checkbox"/> はい 眼科→白内障手術・緑内障手術・硝子体手術・その他の手術 どちらの眼科様ですか？ () 他科→ () 例：ペースメーカーなど
現在治療中、またはこれまでに患った事のある全身疾患はございますか？	<input type="checkbox"/> なし・判らない <input type="checkbox"/> あり→糖尿病(HbA1c %)・人工透析・高血圧・脳梗塞・脳出血・心筋梗塞 前立腺肥大・気管支喘息・花粉症・アトピー その他 () 現在、どちらかの病院に通院中ですか？ ()
内服薬や点眼薬を使用していますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 「あり」だが内容がわからない <input type="checkbox"/> お薬手帳を見てほしい(受付スタッフにご提示ください)
薬剤・造影剤アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし・判らない <input type="checkbox"/> あり () 例：ピリン系
女性の方へお伺いします	現在、妊娠・授乳していらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> はい () か月 <input type="checkbox"/> 授乳中
当院をお知りになったきっかけを教えてください	<input type="checkbox"/> 知人や友人に聞いて <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> ネットで検索して <input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> 院内誌をみて <input type="checkbox"/> 近くにあるから <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()