問　診　票

年　　月　　日

[ID　　]　　(眼 科)

ふりがな 氏　名	（男・女）	生年月日	大正･昭和･平成･令和 年　　月　　日	年 齢	歳
住　所	〒　　－ 前回の受診からの変更（有・無）				
電　話	自宅　（　　）　本人携帯　（　　）　緊急連絡先　（　　）　続柄[　　]				

身長：　　cm　体重：　　kg　体温：　　℃　職業：

この問診票はあなたの病気を正確に把握させていただくために、
とても大切な資料となりますのでご記入下さい。

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

1. **本日、来院された理由に〇をつけて下さい**

・他科からの指示　（　　）科
・紹介状がある　病院名（　　）
・手術希望　病　名（　　）
・眼鏡希望
・右目 / 左目 / 両目 が
いつから （　　）
目が見えにくい 遠く / 近く
何も見えない
見えにくい場所がある　ゆがんで見える　目が赤い
黒いものが飛んでみえる　目がかすむ　目がかゆい
目が痛い、ころころする　目が疲れる　目やにがでる
まぶたが腫れている　涙が出る

2. **今までに眼科で一度でも言われた病気があれば、〇をつけてください**

白内障・緑内障・糖尿病網膜症・眼底出血・遠視・近視・乱視・老眼　・
その他（　　）

3. **現在、眼鏡またはコンタクトレンズを使用していますか**

眼鏡 / コンタクトレンズ　使用あり　使用なし

4. **本日の来院手段**

車（ 運転 ・送迎）/ 自転車 / 徒歩 / 電車 / バス

5. **本日、散瞳はできますか？**　はい　・　いいえ

※散瞳後 4～5 時間まぶしさ、ぼやけが残ります

裏面もご記入下さい

6.　今まで眼科で手術やレーザー治療を受けたことがありますか

ない　・　ある

レーザー治療　・　手術	右目　・　左目　・　両目
病名　（　　）	いつごろ（　　）
病院名（　　）	

7.　血のつながった方で、目の病気にかかったことのある方はいますか

ない　・　ある（　　）

8.　全身のことについてお尋ねします

(1)現在、眼科以外の病気で治療を受けていますか。また、今までに入院されたり、手術を受けたことがありますか。あれば〇をして、飲んでいるお薬の名前と病院名をお書き下さい

内科　心臓　肝臓　腎臓　糖尿病　高血圧　不整脈　喘息　血液の病気　胃　腸

その他

（　　）

外科　整形外科　・　脳外科　・　血管外科　・　泌尿器科　・　皮膚科　・　耳鼻科　・　産婦人科

その他（　　）

病 院 名　（　　）　薬名(ｻﾌﾟﾘﾒﾝﾄ含む)（　　）

(2)今まで薬や注射で異常が起こったりアレルギー体質だと言われたことがありますか

ない　・　ある　※何のアレルギーですか（　　）

9.　診察、治療でのご相談やご協力をして頂ける方(キーパーソン)は、おられますか

いいえ・はい　お名前(　　ご関係　　ご連絡先　　)

10.　女性の方へ　現在妊娠していますか　はい　・　いいえ　・　可能性がある

現在授乳中ですか　はい　・　いいえ

【アンケート】ご協力をお願いします　当院へお越し頂いたきっかけを教えてください

ホームページ・広告(雑誌　・　新聞　・　チラシ・ポスター　・　その他（　　）を見て

講演会　・　市民(健康)講座　・西の京病院主催の教室　に参加して

他院からの紹介　(医療機関名　　)

西の京病院/他科からの紹介　(　　科　　先生、人間ドック/PET 等検査)

知人(親、兄弟、友人、病院の人)の紹介　・近くて便利

介護保険認定：有　・　無　・　申請中
認定有の方：要支援（　）/ 地域包括支援センター（施設名　　担当者　　）
要介護（　）/ ケアマネジャー　（施設名　　担当者　　）
連絡先：施設　・　携帯　・　その他（　　－　　－　　）

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。

医療法人　康仁会
西の京病院

眼科

問診担当者（　　）

2024 年 11 月 27 日改訂