

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 | 〒 ー 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： °C 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○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、こころろする 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、○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

裏面もご記入下さい

5. 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 () | |

6. 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 ()

7. 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○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(サプリメント含む) ()

(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 ()

8. 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 ()

9. 女性の方へ 現在妊娠していますか

いいえ・はい ・ 可能性がある

現在授乳中ですか いいえ ・ はい

【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。