

眼科 問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日
お名前 男・女	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所 〒	お電話番号 携 帯: () ご自宅: ()
ご来院のきっかけ インターネット検索 ・ バス広告 ・ 電柱広告 ・ お知り合い、他院からのご紹介(様から) 当院他科に通っている ・ 近くを通りかかって ・ その他()	

1.いつから、どちらの目に、どのような症状がありますか？（該当するものに○、またはご記入ください）

(年 月 日から / くらい前から) (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)
・見づらい ・かすむ ・ぼやける ・ゆがんで見える ・視野が欠ける ・物が2つに見える ・目の疲れ
・充血 ・めやにが出る ・涙が出る ・痛み ・かゆみ ・まぶしい ・瞼の腫れ ・異物感
・糸くずやゴミのようなものが飛んでいる ・ないはずの光やキラキラしたの見える ・ドライアイ
・コンタクトをつくりたい ・眼鏡をつくりたい ・他院(他科)から受診をすすめられた()
・健診の結果(人間ドック・会社・学校の検診)(指摘されたこと)
・眼瞼下垂症 ・その他 ()

2.初診の方は、診察前に視力検査等を致します。事前検査を希望しない方は○をつけてください → ()

(ただし診察上必要な場合は、事前に検査をさせていただく場合があります)

3.コンタクトレンズを使用していますか？ ※本日装着している場合は、診察前に外していただきます

はい (1Day ・ 2Week ・ 1Month ・ ハードコンタクトレンズ ・ その他) いいえ

4.今までに目の病気やケガ、手術、レーザー治療をした事がありますか？

病名・手術名	時 期	病 院 名
右・左・両・不明	年 月 才	
右・左・両・不明	年 月 才	

5.今までにかかった、または現在治療中の目以外の病気はありますか？

なし・あり (高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 リウマチ 喘息 鼻炎 かぜ その他()

6.現在服用している処方薬および外用薬(目薬など)はありますか？

なし・あり (薬品名:)

7.アレルギーはありますか？

なし・あり () 妊娠の可能性はありますか？ (なし ・ あり)

8.女性の方にうかがいます

9.マイナ保険証による診療情報取得に同意します。(はい ・ いいえ)

10.個人情報に配慮した上で、画像やデータを学会等の症例報告に使用することに同意します。(はい ・ いいえ)

11.診察時の会話録音(AIによる電子カルテ入力補助のため)について、院内掲示およびホームページ記載の説明文書の内容を理解し、録音に同意します。(はい ・ いいえ)