

一般問診票（眼科）

ふりがな		性別	男性 / 女性
氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒 -	電話番号	

1. お困りの症状を○で囲んでください。

- 目やに
- かゆみ
- 充血
- 涙が出る
- まぶたがはれた
- 何かできた
- 目が乾く
- 目が疲れる
- 痛い
- ゴロゴロする
- 何か入った
- 見にくい（遠く・近く）
- かすむ
- 二重に見える
- 黒いものが見える
- 小さな虫や糸くずのようなものが見える
- 眼科検診希望
- その他 ( )

2. どちらの目ですか？ 右目 / 左目 / 両目

3. いつ頃からですか？ 日前から / 週間前から / ヶ月前から

4. 今までに目の病気にかかったことはありますか？

アレルギー性結膜炎（花粉症） / はやり目 / 緑内障 / 白内障 / 網膜剥離  
目のケガ / 角膜ヘルペス / その他 ( )

5. 今まで手術を受けた事がありますか？

ない / ある（眼科 他科 )

6. 現在治療中のご病気、または、かかったことのあるご病気はありますか？

ない / ある 糖尿病 / 高血圧 / 喘息 / その他 ( )

7. 現在服用中のお薬はありますか？

ない / ある（お薬手帳をお持ちですか？ はい / いいえ )

8. 薬・注射・アルコール消毒のアレルギーはありますか？

ない / ある（種類： )

9. 以下に該当する方は○をつけてください

- 自動車/自転車をご自身で運転してきた
- 妊娠中 ( 週 )
- 授乳中

10. 当院ではマイナンバーカード保険証を通して診療情報を取得し活用致します

（医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定しています）

- マイナンバーカード保険証による情報取得に関して ( 同意する / 同意しない )