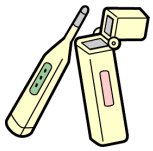
眼 科 問 診 票

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性別　男・女　年齢＿＿＿歳

体温＿＿＿＿℃　＿＿＿＿％　身長＿＿＿＿cm　体重＿＿＿＿kg



以下の質問であてはまる項目に☑をいれて下さい。

1.現在充血、めやに、流涙の症状はありますか？　☐ 有　☐ 無

☆他院眼科からの紹介状をご持参の方は質問２のご記入は不要です。☆

2. 本日の特に気になる症状を教えて下さい。

・見え方に関すること　・痛みに関すること　・手術に関すること
・目薬希望　・自覚症状なし（　受診を勧められて　）
・その他（　　）

詳しくは検査・診察時にお話しください。

3. 本日、自動車、バイク等の運転予定はありますか？ ☐ 有　☐ 無

4. 本日、コンタクトレンズを装用されていますか？　☐ 有（ソフト・ハード）
☐ 無

5. 今、飲まれている薬はありますか？　**有 ／ 無**

★お薬手帳を持参されている場合は診察室にお渡し下さい

6.既往歴はありますか？　分かれば（カッコ）の中に発症年齢を記載ください

☐ 糖尿病（　歳）☐ 高血圧（　歳）☐ 腎臓病（　歳）☐ 肝臓病（　歳）
☐ 癌（　歳）☐ 喘　息（　歳）☐ 脳梗塞（　歳）☐ 脳出血（　歳）
☐ 結　核（　歳）☐ 狭心症（　歳）☐ 心筋梗塞（　歳）☐高脂血症（　歳）
☐ 胃腸の病気（　歳）　☐その他（　　）☐ なし

7. その他質問にお答えください

・手術歴　有（内容　　）／　無　・輸血歴　有　／　無
・タバコは吸われますか　吸わない　／　吸う　１日　／　本
・お酒は飲まれますか　飲まない　／　飲む　１日　／　本
・アレルギー歴はありますか　有(内容：　　)／　無

＜女性の方お答えください＞

最終月経はいつからですか　月　日　より　日間
妊娠の可能性　有　／　無

【医療情報の利活用について】
当院はオンライン資格確認を行える体制を整備しており、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用し診療を行っております。

洛和会ヘルスケアシステム
公式キャラクター

ご協力ありがとうございました。お呼びするまで血圧を測ってお待ちください。

※お待ちの間、ご気分の悪い方はスタッフまでお申し出下さい。