

⑦今までに薬や注射などで気分が悪くなった、発疹がでたなどのアレルギー症状がありましたか。

いいえ

はい → 薬品名 ()
→ いつ頃 () 症状 ()

ゴム 金属 テープ 湿布 食物 ()

花粉症 ()

その他 ()

⑧ (女性の方のみ) 妊娠中あるいは授乳中ですか。

いいえ はい わからない

⑨現在の状態についてお伺いします。

下記に該当なし

杖 (ステッキ・白杖) を使用 車椅子 手押し車 (バギー)

耳が聞こえにくい (右・左・両方) 視野が狭い 移動時は介助してほしい

その他 ()

⑩ (介護保険認定を受けている方のみ) お持ちの介護保険についてお答えください。

要支援 (1 ・ 2)

要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

申請中

認定区分がわからない

⑪ 本日の診察後、乗り物 (車・バイク・自転車) の運転や仕事をされますか。

いいえ はい

熱は出ていませんか？

発熱なし

発熱あり → (いつ : 日前・本日)

(最高体温 : . 度)

最近1ヶ月以内に外国へ行ったことはありますか。

いいえ

はい → (国・地域)

現在治療中の感染症はありますか。

いいえ

はい → インフルエンザ 風疹 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)

百日咳 結核 水痘 (水ぼうそう) 麻疹 (はしか)

◇記入者は

本人

付添 (続柄 :)

多根記念眼科病院 2020年2月作成