

眼科病院を受診される方へ

(フリガナ)

氏 名：

生年月日：大・昭・平・令 年 月 日

(男・女)

年齢： 歳

●以下の質問事項にチェック☑、または () にご記入をお願いします。

①本日はどうされましたか。

- ☐見えにくい ☐黒いものがとぶ ☐ゆがんで見える ☐まぶしい ☐痛い
☐充血 ☐乾く ☐涙が出る ☐まぶたの腫れ ☐かゆい
☐めやに ☐違和感 (コロコロ) ☐ものが二重に見える
☐眼の位置がおかしい ☐メガネ・コンタクトレンズ相談
☐近視矯正手術 (LASIKなど) 希望 ☐他院より紹介状をもらった
☐白内障手術 (☐単焦点レンズ ☐多焦点レンズ) 希望
☐その他 ()

②症状があるのはどちらの眼でいつからですか。

- ☐両眼 (日 . ケ月 . 年前～)
☐右眼 (日 . ケ月 . 年前～)
☐左眼 (日 . ケ月 . 年前～)

③今までに眼の病気または眼の手術をしたことはありますか。

- ☐いいえ
☐はい→病名 () いつ頃 ()

④本日はコンタクトレンズを装用していますか。

- ☐いいえ ☐はい

⑤他に全身的な病気はありますか。

- ☐いいえ
☐はい→☐高血圧 ☐脳出血 ☐狭心症 ☐肝機能障害 ☐リウマチ ☐アトピー
☐糖尿病 ☐脳梗塞 ☐不整脈 ☐気管支喘息 ☐癌 ()
☐腎臓病 ☐高脂血症 ☐心筋梗塞 ☐前立腺肥大 ☐心の病 ()
☐その他 ()

⑥現在服用中のお薬はありますか。

- ☐いいえ
☐はい→薬剤名 ()
 お薬手帳 あり・なし・お忘れ ()
 どちらの病院で処方されましたか ()

⑦現在処方されている点眼薬はありますか。

- ☐いいえ
☐はい→薬剤名 ()

裏面につづく

⑧今までに薬や注射などで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 ()

⑨（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

⑩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 ()

⑪（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

⑫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）

発疹は出ていませんか？

☐なし

☐あり→☐治療中
☐治療していない

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→ ☐ 帯状疱疹 ☐ 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： ）