

眼科病院を受診される方へ

(フリガナ)	生年月日：大・昭・平・令	年	月	日
氏名：	(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2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 ()

⑤現在服用中のお薬はありますか。

- いいえ
- はい→薬剤名 ()
- どちらの病院で処方されましたか ()

⑥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

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