

# 眼科問診票

済生会西条病院

患者番号:

記入日:

年

月

日

ふりがな 氏名		性別	連絡先	自宅・勤務先・( )		
		男 女				
生年月日	大 昭 平 令	年	月	日 ( 歳 )	携帯番号	本人・続柄( )
住所	〒	-		町		号室
	県		市	アパート マンション名		

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

- 本日受診された症状を ○ で囲んでください。  
赤い めやに かゆみ 痛み 腫れ 異物感 乾き 涙が出る  
見えにくい 二重に見える 歪んでみえる 黒いものが飛ぶ  
検診で指摘された その他 ( )
- 症状があるのはどちらの目ですか。 【 右・左・両 】
- いつから症状がありますか。 【 年 月 日 頃 】
- 見えにくいに ○ を付けられた60歳以上の方にお伺いします。  
免許更新はいつですか。 【 年 月 】
- 本日の交通手段を ○ で囲んでください。  
自分で運転 他の人の運転 自転車 徒歩 公共交通機関
- 今までに、目の病気や目の手術をされたことはありますか。

病名		いつ	
病院名			

- 現在治療中の病気を ○ で囲んでください。  
糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳疾患  
甲状腺疾患 前立腺肥大症 喘息 その他 ( )
- 薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか。 【 はい・いいえ 】  
「はい」の方は、名称症状を記入してください。 ( )
- 女性の方にお伺いします。  
現在、妊娠中もしくは授乳中ですか。 【 はい・いいえ 】
- 診察についてご希望・ご意見があれば記入してください。

--

11. 他の医療機関の紹介状は持たれていますか。 【 はい ・ いいえ 】
12. マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけましたか。 【 はい ・ いいえ 】

「いいえ」の方は、以下の質問にもお答えください。

- ① この1年間で特定健診(メタボ健診)または自治体健診を受診しましたか。

【 はい ・ いいえ 】

- ② 「はい」とお答えの方は、受診時期、指摘されたことをお書きください。

受診時期	年	月
指摘事項		

- 13 現在、飲んでいる薬はありますか。 【 はい ・ いいえ 】

※ 診察時にお薬手帳をご提示いただくことがあります。

- 14 18歳以下の方にお伺いします。

学校(園)や部活・通学中の怪我ではありませんか。 【 はい ・ いいえ 】

※ 「はい」の方は、災害共済給付制度の対象です。医療費を一旦お支払いいただきます。

ご協力ありがとうございました。