

## ◀眼科

記入日： 年 月 日

氏名 様 / 生年月日 /身長 cm /体重 kg

他の医療機関からの紹介状を持参されていますか？ はい ・ いいえ

1. 症状	<input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> 充血・赤い <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> ころころする <input type="checkbox"/> 目がはれた <input type="checkbox"/> できものがある <input type="checkbox"/> 目が乾く <input type="checkbox"/> 見にくい・かすむ <input type="checkbox"/> 近くがみにくい <input type="checkbox"/> 疲れる <input type="checkbox"/> 黒いものがとぶ <input type="checkbox"/> ゆがんでみえる <input type="checkbox"/> メガネ・コンタクトの相談 <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> その他 ( )
2. どちらの目	<input type="checkbox"/> 両目 <input type="checkbox"/> 右目 <input type="checkbox"/> 左目
3. いつからですか	
4. 今までに目の病気の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
5. めがね・コンタクト	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
6. 血縁者に目の病気の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
7. 現在服用している薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
8. かかった事がある、 または治療中の病気	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )
9. これまでに大きな病気（入院や手術を要する病気）にかかった事があるか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
10. かかりつけ医療機関の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
11. 薬や注射で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
12. 食品で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
13. 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 授乳中
14. 当院までの交通手段	<input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 家人の車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 車運転
15. 散瞳検査	<input type="checkbox"/> 受けたくない <input type="checkbox"/> 今日は無理 <input type="checkbox"/> 必要なら受ける <input type="checkbox"/> 受けたい <input type="checkbox"/> 説明希望
16. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17. この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

ありがとうございました

2022年10月17日改訂