

問 診 票

原 眼 科 医 院

(初めての方)

フリガナ		生年月日	年 月 日
名前	男女	職業	
住所			
電話	自宅() —	連絡先(携帯) — —	

- ① どのような点を見てもらいたくてこの病院に来たのですか？
 [例 (右)眼のメヤニとか、(両)眼がかすむとか……]
- ・() 眼
 - ・() 眼
 - ・めがねをつくりたい
 - ・コンタクトレンズをつくりたい
- ② 今までに眼の病気や眼の手術をした事がありますか？
- イ) ない □) ある → どんな病気ですか？
- ①白内障手術 ②緑内障手術 ③網膜剥離手術 ④斜視手術
- ⑤その他
- ③ 今までにかかった病気は？
- I) 高血圧 イ) ない □) ある IV) 血清肝炎 イ) ない □) ある
- II) 糖尿病 イ) ない □) ある V) 交通事故 イ) ない □) ある
- III) 心臓病 イ) ない □) ある VI) その他
- ④ 現在眼以外の病気で治療を受けていますか？
- イ) ない □) ある → その病名 _____
- ⑤ 現在妊娠していますか？
- イ) いない □) いる → 現在妊娠 ヶ月
- ⑥ 小児をおつれの方へ？
- 1) 母親の妊娠中に異常 有・無 2) 分娩時異常 有・無 3) 未熟児 有・無
- 4) 出生時体重 _____ g
- ⑦ 薬を飲んで皮膚に発疹が出来たり、その他異常を生じた事がありますか？
- イ) ない □) ある → その薬の名前は？ _____
- ⑧ “じんましん、や “しっしん、の出来やすい方だと思いますか？
- イ) 思わない □) 思う
- ⑨ 今までに、注射で何かぐあいの悪くなった事がありますか？
- イ) ない □) ある → その注射の名前は？ _____
- その時の症状は？ _____
- ⑩ 今までに眼以外の手術を受けた事がありますか？
- イ) ない □) ある → 手 術 名 _____
- その際何か異常は？ _____
- ⑪ あなたの体に合わないと判っている薬がありますか？
- イ) ない □) 判らない ハ) ある
- あるとすればその薬は _____
- [例 ペニシリンとかビリン剤とか……]