

# 問診表

ふりがな		記入年月日	年	月	日
氏名		TEL (自宅)			
		TEL (携帯)			
生年月日	明・大・昭・平・成・令 年 月 日 ( 歳 )	服用中の薬 ( )			
住所	〒 -	現在ご使用中のもの ( めがね ・ コンタクトレンズ )			
		メーカー ( )	1day / 2week		
		平均使用時間 ( 時間 )	週 ( 回 ) ・ 毎日		
		度数 右 ( ) 左 ( )	乱視 ( 有 ・ 無 )		

※太枠はコンタクトレンズ使用の方のみ→

マイナンバー保険証による診療情報取得に同意【する・しない】

① めがね・コンタクトレンズ ( ハード / ソフト ) の処方希望

コンタクトレンズの処方箋をお渡しすることはできません

② 今回、具合が悪いのはどちらの眼ですか？

( 右 左 両方 )

③ どういった症状ですか

目

異物感 目やに 痛い かゆい 乾燥感  
充血 涙が出る 視力低下 影が見える  
ものが2つに見える 見え方の違和感

まぶた

痛い かゆい 閉じない 開かない はれている

頭痛・吐き気

( なし あり )

健診結果で要受診と言われた

( なし あり )

その他

④ 何かきっかけや原因、誘因になるものがありましたか

( なし あり )

それはどのようなことでしたか

⑤ いつ頃ですか

( 本日 きょう 2～3日前 1週間前 1か月前 )

それ以上前 ( )

⑥ いままで目に病気やケガをしたり、  
目の異常を指摘されたことはありますか？

( なし あり )

 いつ頃 病名

手術を受けたことがありますか？

( なし あり )

 いつ頃 病名

⑦ かかったことのある病気や、現在治療中のものがありますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病  
肝臓病 ヘルペス 喘息 アトピー  
その他 ( )

⑧ 薬に対するアレルギー、花粉症や食べ物などアレルギーはありますか？

薬のアレルギー

( なし あり )

 薬の名前

花粉症

( なし あり )

その他

( なし あり )

 何に対するアレルギーですか

⑨ 女性の方に伺います

現在、妊娠の可能性はありますか？

( なし あり )

授乳中ですか？

( なし あり )

⑩ 眼科では症状や病状によっては眼底検査を行う場合があります。眼底検査を行った場合4～5時間程度  
眼がかすんで見にくくなります。その場合は車、バイクの運転や危険な作業、細かい作業が出来なくなります。

この後、車を運転する予定、細かい作業や危険な作業の予定はありますか？

( なし あり )

以上、上記問診票で得られた個人情報について当院で定めた利用目的 ( 診療、治療、緊急時の連絡 ) の範囲内で利用いたします。  
当院はマイナンバー保険証の利用により診療情報を取得・活用し、質の高い医療の提供に努めています。 石田眼科医院