

アイクリニック イシハラ 問診票

ふりがな
お名前

男・女

職業

大・昭・平・令

年

月

日生

才 趣味

〒 - 住所

電話番号

()

携帯電話

()

身長

cm

体重

kg

一人暮らし・同居あり ()

○本日の診察にあたり、以下の中であてはまるものに○をつけてください。

いつ頃からですか？

- | | |
|--------------|--------------------|
| 見にくくなった | 右・左・両目 () |
| かすんで見える | 右・左・両目 () |
| 目がチカチカする | 右・左・両目 () |
| 光を見るとまぶしい | 右・左・両目 () |
| ゴミが飛んで見える | 右・左・両目 () |
| 物がゆがんで見える | 右・左・両目 () |
| 目が疲れやすい | 右・左・両目 () |
| 目が痛い | 右・左・両目 () |
| 目がゴロゴロする | 右・左・両目 () |
| できものができた | 右・左・両目 () |
| 目が赤い | 右・左・両目 () |
| 目がかゆい・目ヤニがでる | 右・左・両目 () |
| 瞼がはれている | 右・左・両目 () |
| 涙が出る | 右・左・両目 () |
| 目が乾いた感じがする | 右・左・両目 () |
| 頭が痛い | 右・左・両目 () |
| めまいがする | 右・左・両目 () |
| 眼科受診をすすめられた | () 科で・健康診断・人間ドック) |

○今までに眼科に受診したことがありますか？

なし

あり→ 年 月頃

診断名は？

施設名

治療は？ 点眼・内服・レーザー凝固術

眼の手術したことはありますか？

白内障 (右・左)

年 月頃

緑内障 (右・左)

年 月頃

その他

(右・左)

年 月頃

・・・次へ

○診断の参考になりますので、既往歴のご記入をご協力お願いいたします。

なし

あり→例) ○○年○○月 ○○才 診断名○○○○○ ○△□病院

	年	月	才	診断名	施設名
	年	月	才	診断名	施設名
	年	月	才	診断名	施設名
	年	月	才	診断名	施設名
・高血圧	年	月	才	普段の血圧 /	施設名
・糖尿病	年	月	才	インシュリン：あり・なし	施設名
				(空腹時血糖値 mg/d l 程度, HbA1c %)	
・心臓病	年	月	才	診断名	施設名
・不整脈	年	月	才		施設名
・喘息	年	月	才		施設名
・脂質異常症	年	月	才	TG: LDL: HDL:	施設名
・膠原病	年	月	才		施設名

- ・感染症 (結核 梅毒 トキソプラズマ C肝 B肝)
- ・アレルギー性皮膚炎 アレルギー性結膜炎 アレルギー性鼻炎 花粉症
- ・妊娠中 ・授乳中
- ・最終健診日 年 月 異常なし・異常あり()

○現在飲んでいる薬はありますか？ (なし ・ あり)

お薬手帳持参

お薬手帳なし→ 病院・クリニックにて (お薬名)

○今までにお薬で具合が悪くなったことはありますか？

なし・あり→お薬名 () 症状 ()

○生活習慣についておたずねします。以下に関して(なし・あり)に○を付けてください。

ありに付けた項目に関してはその先もご記入ください。

- ・喫煙歴 なし ・ あり→(才～ 才 1日 本)
- ・お酒 なし ・ あり→(ビール 缶 焼酎 ml ワイン ml その他 ml)
- ・パソコン・スマホ なし ・ あり→(時間/日)
- ・室内ペット なし ・ あり→(犬・猫・その他:)
- ・車の運転 なし ・ あり→(昼・夜 時間/日)
- ・コンタクトレンズ なし ・ あり→(ハード・ソフト 才～ 才まで使用)

○本日は車・バイク・自転車でお越しになりましたか？

はい・いいえ

○当院をどこで知りましたか？ 知人の紹介 (様) ←続柄 ()

電話帳 携帯サイト パソコンサイト その他 ()

ご協力ありがとうございました。