

# 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。

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 ( )

○治療成績を学会や論文等に用いる事をご了承いただけますか? はい・いいえ

(氏名等個人情報が出る事はありません)

ご協力ありがとうございました。