

問診表

記入日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			年 月 日
住所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
<p>当てはまるものにチェックをつけてください。本日はどうなさいましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>眼が赤い・充血する <input type="checkbox"/>眼が痛い(眼球) <input type="checkbox"/>眼が痛い(まぶた) <input type="checkbox"/>まぶたの腫れ <input type="checkbox"/>できもの <input type="checkbox"/>眼がかゆい</p> <p><input type="checkbox"/>めやにが出る <input type="checkbox"/>眼が疲れる <input type="checkbox"/>眼が乾く <input type="checkbox"/>涙が出る <input type="checkbox"/>みえにくい、かすむ <input type="checkbox"/>ゆがんで見える</p> <p><input type="checkbox"/>二重に見える <input type="checkbox"/>眼に異物が入った <input type="checkbox"/>眼がゴロゴロする <input type="checkbox"/>糸くずのようなものが見える <input type="checkbox"/>緑内障検査希望</p> <p><input type="checkbox"/>検診で異常を指摘された(内容) <input type="checkbox"/>その他()</p>			
<p>どちらの眼ですか？ <input type="checkbox"/>右目 <input type="checkbox"/>左目 <input type="checkbox"/>両目</p>			
<p>症状はいつ頃からありますか？ 約()日・()週間・()ヵ月・()年前から</p>			
<p>今回の症状がでるきっかけ(原因)と思われるものはありますか？ <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>ありの場合は詳細をご記入ください()</p>			
<p>今回の症状について他院を受診したことがありますか？どんな治療をしていますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>はいの場合 病名() 治療内容()</p>			
<p>今までにどのような病気をしましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>脂質異常症 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>不整脈 <input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>腎臓病</p> <p><input type="checkbox"/>胃腸病 <input type="checkbox"/>緑内障 <input type="checkbox"/>白内障 <input type="checkbox"/>がん <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>その他()</p>			
<p>ご家族で緑内障や糖尿病の方はいますか？ <input type="checkbox"/>いない <input type="checkbox"/>緑内障(続柄) <input type="checkbox"/>糖尿病(続柄)</p>			
<p>今までに眼の手術を受けられたことがありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>はいの場合 <input type="checkbox"/>白内障手術 <input type="checkbox"/>緑内障手術 <input type="checkbox"/>網膜の手術 <input type="checkbox"/>レーシック <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>今までに眼以外の手術を受けられたことがありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>はいの場合は詳細をご記入ください()</p>			
<p>現在服用しているお薬はありますか？ <input type="checkbox"/>はい はいの場合はお薬手帳を受付にお出しください <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>お薬手帳をお持ちでない方は薬品名をご記入下さい</p> <p>()</p>			
<p>アレルギーはありますか？(食品・薬品など) <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>はいの場合は詳細をご記入下さい()</p>			
<p>たばこは吸いますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>過去に吸っていた <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>喫煙歴がある場合はご記入ください 1日()本 喫煙歴 年間()歳ころから</p>			
<p>女性の方のみ該当する方はチェックしてください <input type="checkbox"/>妊娠中(妊娠 週間) <input type="checkbox"/>授乳中</p>			
<p>今日はどのような交通手段で来院されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>徒歩 <input type="checkbox"/>自転車 <input type="checkbox"/>バイク <input type="checkbox"/>バス <input type="checkbox"/>電車 <input type="checkbox"/>自動車 <input type="checkbox"/>その他()</p>			
<p>当院をどちらでお知りになりましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>当院ホームページ <input type="checkbox"/>インターネット <input type="checkbox"/>看板 <input type="checkbox"/>知人 <input type="checkbox"/>通りすがり <input type="checkbox"/>その他()</p>			

ご協力ありがとうございました。 当院は個人情報の適正な管理・保護に努めています。

眼科だいすけクリニック