

# 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		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      ロ) 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    ロ) ある    Ⅳ) 血清肝炎    イ) ない    ロ) ある  
Ⅱ) 糖尿病    イ) ない    ロ) ある    Ⅴ) 交通事故    イ) ない    ロ) ある  
Ⅲ) 心臓病    イ) ない    ロ) 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      ロ) ある → その病名 \_\_\_\_\_
- ⑤ 現在妊娠していますか？  
イ) いない      ロ) 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      ロ) 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      ロ) 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      ロ) 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      ロ) 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      ロ) 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……]