

眼科外来問診票

記載日 : _____

お名前 : _____

生年月日 : _____

▼いつからどのような症状がありますか？ どのようなことが心配で来院されましたか？

(_____) 年 (_____) 月 (_____) 日頃～

▼ 過去に眼科受診や、眼の手術、レーザー治療、注射などを受けたことはありますか？

ない ある ⇒ 病名 : _____ 病院名 : _____

検査や治療内容 : _____

▼ 本日、点眼で瞳を開き（散瞳）、眼底検査を行う必要がある場合、検査を希望されますか？

（ただし、散瞳により4～5時間程度、まぶしくなったり、近くの見えにくくなったりします。）

(希望しない ・ 希望する) ⇒ (両眼 ・ 右眼のみ ・ 左眼のみ)

▼ 糖尿病はありますか？

なし あり ⇒ インスリン注射を使用していますか？ あり なし

本日インスリンを持参していますか？ 持参している 持参していない

嗜好品についてお聞きします。

タバコは吸いますか？

吸わない 吸う ⇒ 1日に (_____) 本 (_____) 年間

今は吸わない ⇒ 過去に1日に (_____) 本、(_____) 歳から (_____) 歳まで

▼ サプリメントについてお聞きします。

サプリメント（栄養補助食品や健康食品）をとっていますか？

飲んでいない 飲んでいる ⇒ (_____)

▼ 身長・体重についてお聞きします。

身長 (_____) cm 体重 (_____) kg

記入日 : 年 月 日	男・女	歳	身長 cm
ふりがな			体重 Kg・g
お名前 : 様	ご職業		
生年月日 : 年 月 日			
スタッフ記載欄	血压 mmHg	脈拍 回/分	体温 °C O ₂ SAT %

▼現在かかりつけの病院等がありますか？

なし あり (診療所名:)

▼かかりつけの歯科医がありますか？

なし あり (診療所名:)

▼今までにかかった病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気がありますか？ なし

- がん (歳) 喘息 (歳) 高血圧 (歳)
- 糖尿病 (歳) 心臓病 (歳) 肝臓病 (歳)
- 腎臓病 (歳) 脳卒中 (歳) 結核 (歳)
- その他 (病名:) (歳)
- 手術 (病名/手術名:) (歳)

▼血縁の方に以下のような病気の方はいらっしゃいますか？ なし

- がん (続柄:) 喘息 (続柄:) 高血圧 (続柄:)
- 糖尿病 (続柄:) 心臓病 (続柄:) 腎臓病 (続柄:)
- 脳卒中 (続柄:) その他 (病名:) (続柄:)

▼薬のことについてお聞きします。

- ① 現在、当院・他病院での薬の処方や市販薬の服用はされていますか？ なし あり
- ② 薬でのアレルギー及び副作用はありますか？
なし あり ⇒ 抗生物質 (薬品名:) 造影剤 麻酔薬
その他 ()
- ③ 血液をサラサラにする薬 (抗血栓薬: ワーファリン・バイアスピリンなど)、ホルモン剤(低用量ピルなど)、を飲んでいますか？
いいえ はい ⇒ 薬品名 ()
* 現在内服している薬があれば、診察時に伝えられるように、お薬手帳/表をお手元にご用意ください。

▼嗜好品についてお聞きします。

- ① お酒は飲みますか？
飲まない 時々飲む ⇒ ()を()杯/合/mL 週()日
毎日飲む ⇒ ()を()杯/合/mL
- ② タバコは吸いますか？ 別紙にてお尋ねします
吸わない 吸う ⇒ 1日に()本()歳~
今は吸わない ⇒ ()~()歳まで 1日に()本()年間

▼今までに輸血もしくは血液製剤を受けたことがありますか？

いいえ はい ⇒ いつ頃受けましたか？ ()歳頃 わからない

▼アレルギーについてお聞きします。

- ① 食物でアレルギーはありますか？
なし あり ⇒ どんな食物ですか？ ()
- ② その他、アレルギーはありますか？
なし
花粉症 ハウスダスト 金属 ラテックス その他 ()

お名前 : _____ 様
生年月日 : M/T/S/H/R/西暦 年 月 日

▼せきは出ていますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

- ① せきが多い、又はたんに血が混じっていますか？ いいえ はい
② 2週間以上、せきが続いていますか？ いいえ はい

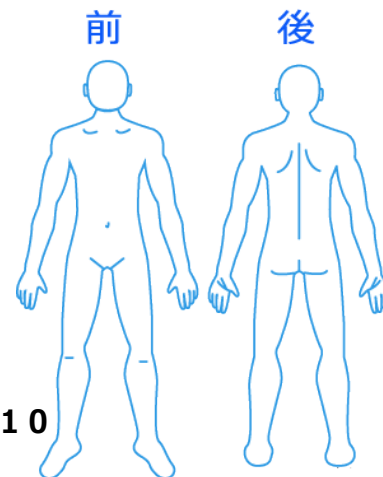
▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところがありますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

- ① 痛い場所はどこですか？
右図の該当する部位に○をつけてください。
② 「痛みの無い状態」を0点「最悪の痛み」を10点にした場合、現在の痛みはどの段階ですか？
該当する数字に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



▼過去3ヶ月で、食事量が減りましたか？

食事量の変化なし 食事量がおよそ2/3に減った 食事量が半分以下に減った

▼過去3ヶ月で、体重の減少がありましたか？

体重の減少に変化なし 1 kg～3 kgの体重の減少あり 3 kg以上の体重減少あり

▼4ヶ月以内に転んだことがありますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

- ① いつ頃ですか？ ()ヶ月前
② どのように転びましたか？
ふらついた つまずいた 足がもつれた
その他 ()

▼3ヶ月以内に渡航歴がありますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

- ① いつですか()～()
② どこへいきましたか
()

▼女性の方にお聞きします。現在、妊娠中ですか？

はい いいえ わからない 授乳中

▼どなたに診察の結果を説明すればいいですか？

本人 家族：お名前 () (続柄：)
その他 ()

→「本人」を選択された方にお聞きします。

どのような結果でも、すべての事を知りたいですか？

はい 悪い結果なら知りたくない その他

▼この1年間で健診(特定健診及び高齢者検診に限る)を受診しましたか？

いいえ はい→受診時期 ()月頃 / 指導事項 なし あり