

眼形成眼窩外科 外来問診票

記載日 : _____

お名前 : _____

生年月日 : _____

▼いつから症状がありますか？

()年()月()日頃～

▼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？

▼今回の症状について、他院（眼科や形成外科、美容外科、耳鼻科、脳外科など）で検査や治療（手術やレーザー、注射など）を受けたことはありますか？

なし ある ⇒ (病名 : _____)
(診療所名 : _____)
(検査や治療内容 : _____)

▼過去に、麻酔を受けたことはありますか？

なし あり ⇒ 局所麻酔 全身麻酔 硬膜外麻酔

▼上記の麻酔で問題が生じたことはありますか？

なし あり ⇒ (内容 : _____)

▼ペースメーカーの埋め込みをされていますか？

なし あり ⇒ (疾患名 : _____ メーカー : _____ モード : _____)

▼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 ⇒ バイアスピリン バファリン 81 パナルジン プラビックス
プレタール プロレナール ペルサンチン アンギナール
コメリアンコーワ エパデール S プロサイリン ベラサス LA
アンブラーグ ワーファリン ホルモン剤(低用量ピルなど)
その他 (_____)

* 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。

▼ 糖尿病の方にお聞きします。以下の治療を行っていますか？

食事療法のみ 内服薬 インスリン注射 ⇒ 指定摂取カロリー : (_____) kcal/日

▼ 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、近くの物が見えにくくなったりします。また、散瞳中は危険なため、自動車やバイク、自転車などの運転はできません。)

希望しない 希望する ⇒ 両眼 右眼のみ 左眼のみ

記入日 : 年 月 日	男・女	身長 cm
ふりがな	歳	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	血圧 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) を飲んでいきますか？~~

いいえ はい ⇒ 薬品名 () 別紙にてお尋ねします

▼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？

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

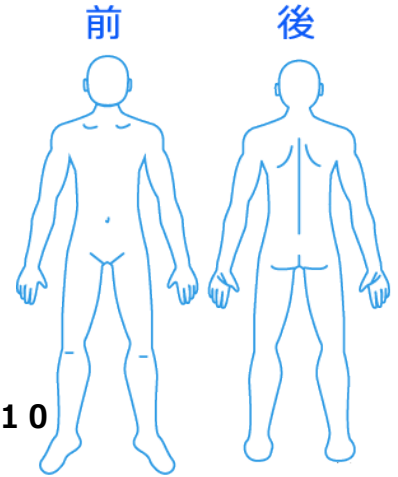
▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところがありますか？

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